



EDUCAR, RESTAURAR  
TRANSFORMAR

**CENTRO UNIVERSITARIO “VASCO DE QUIROGA”  
DE HUEJUTLA A.C.  
INCORPORADO A LA UNAM CLAVE: 8895-25  
AV. JUÁREZ # 73, COL. JUÁREZ, HUEJUTLA,  
HIDALGO.**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS UNIVERSITARIOS.**

**“LA CONSEJERÍA Y EL VIH-SIDA EN EL CONTEXTO  
INTERCULTURAL DE LA HUASTECA  
HIDALGUENSE”**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:**

**LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA:**

**CARLOS ALBERTO RAMOS BENIGNO**

**GENERACIÓN: 1999 – 2003**

**Huejutla de Reyes, Hidalgo. Agosto de 2010.**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **DICTAMEN**

**NOMBRE DEL TESISISTA:** CARLOS ALBERTO RAMOS  
BENIGNO.

**NOMBRE:** “LA CONSEJERÍA Y EL VIH-SIDA EN  
EL CONTEXTO INTERCULTURAL DE  
LA HUASTECA HIDALGUENSE”

**GRADO A RECIBIR:** LICENCIATURA

**NOMBRE DE LA  
LICENCIATURA:** PSICOLOGÍA

**LUGAR Y FECHA:** HUEJUTLA DE REYES, HGO; 30 DE  
AGOSTO DE 2010.

La que firma Lic. En Psic. Rosalba Hernández Hernández, acreditada por el Centro Universitario “Vasco de Quiroga” de Huejutla, como asesora de Tesis de Licenciatura, hace constar que el trabajo de tesis aquí mencionado cumple con los requisitos establecido por la División de Estudios e Investigación, para tener opción al título de Licenciatura y se autoriza su impresión.

**ATENTAMENTE**

---

**LIC. EN PSIC. ROSALBA HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ**

Dedicada a los compañeros y compañeras indígenas viviendo con VIH y SIDA, que luchan y se organizan por sus derechos.

A mi madre Crispina Benigno Aquino.

A mi cónyuge Javier Gutiérrez Marmolejo.

A Martín, *in memoriam*.

## **AGRADECIMIENTOS.**

Este análisis ha sido posible gracias a la generosa colaboración del personal médico de la jurisdicción sanitaria número diez que accedió a compartir sus experiencias. A ellos mi gratitud.

Agradezco a mis abuelos Andrés e Ifigenia por haberme inculcado el amor a mis raíces culturales, por el arraigo a la tierra, por transmitirme sus conocimientos y haber resistido con dignidad las injusticias socioeconómicas de su tiempo.

Mi reconocimiento y agradecimiento a mi madre por su amoroso respaldo en las decisiones importantes de mi vida y por su ejemplar esfuerzo cotidiano. Porque aún sin saberlo, eres una luchadora social que me inspira.

A Javier Gutiérrez mi compañero de vida, por su sensibilidad y compromiso en la defensa por el respeto a las diferencias, por su paciencia y apoyo. Andamos en el viaje y sin boletaje.

“Confesional, reitero, por naturaleza, soy un hombre que busca siempre un confidente y que muchas veces a una persona que acaba de conocer le arroja todo el tonelaje, como un camión de volteo, de lo que lleva adentro y ya no puede tolerar. Yo me quiero morir sin que haya quedado oculta una sola de mis acciones cuando sabía que no es posible desnudarse del todo, y que siempre queda una última cobertura, una especie de celofán como el de las serpientes.”

*Memoria y olvido: vida de Juan José Arreola.*

“Las cosmovisiones son innumerables porque se forman con jirones de historia. Su pluralidad nos remite a la compleja aventura del hombre, a la multitud de los caminos recorridos por la especie sobre la fragosa superficie de la tierra. Hoy -tal vez como nunca, en este vértice histórico que vivimos- es necesario que nos conozcamos profundamente, y el conocimiento de nuestro ser, de nuestro pensamiento, nos plantea una nueva dimensión de la historia universal: la que nos ubica como un *otro* en la comunidad de los *otros*. Hoy, para forjarnos una idea más justa de nuestra realidad, es necesario que nos despojemos del viejo claustro particularista, de la obsesión malsana de ser los poseedores exclusivos de la verdad. El pensamiento ajeno ya no puede sernos indiferente: con él nos descubrimos un rostro novedoso; lo ajeno nos muestra insertos en la complejidad de lo diverso.”

Alfredo López Austin. *La concepción del cuerpo mesoamericano.*

## ÍNDICE.

<b>CAPÍTULO I PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA</b>	10
1.1.1 Antecedentes	11
1.1.2 Justificación	13
1.1.3 Descripción del problema	16
1.1.4 Descripción del lugar	35
1.1.5 Objetivos generales y particulares	38
1.1.6 Interrogantes de la investigación	39
<b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO</b>	40
2.1 El virus de la inmunodeficiencia humana	41
2.1.1 El sistema inmunológico	44
2.1.2 Las pruebas de detección de anticuerpos del VIH	51
2.2 Aspectos sociales del VIH-SIDA	53
2.2.1 La respuesta de las organizaciones de la sociedad civil	65
2.2.2 La respuesta institucional	68
2.3 Aspectos psicológicos del VIH-SIDA	71
2.4 El counselling o consejería	75
2.4.1 Características de los (as) consejeros (as)	83
2.4.2 Habilidades de comunicación en la consejería	86
2.5 La consejería y la aplicación de pruebas de detección de anticuerpos del VIH	89
2.6 Aportaciones del enfoque cultural e intercultural	98
2.7 Dificultades institucionales y técnicas en la consejería en torno a las pruebas de detección del VIH-SIDA	104
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	107
3.1 Descripción de la metodología	108
3.2 Población	109
3.3 Instrumentos	111
3.4 Hipótesis	112

<b>CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS</b>	113
4.1 Recursos técnicos de los (las) consejeros(as) en VIH-SIDA de la jurisdicción sanitaria diez	114
4.1.1 Conclusión sobre los recursos técnicos de los (las) consejeros(as) en VIH-SIDA de la jurisdicción sanitaria diez	133
4.2 Recursos institucionales para la consejería en VIH-SIDA de la jurisdicción sanitaria diez	141
4.2.1 Conclusión sobre los recursos institucionales para la consejería en VIH-SIDA de la jurisdicción sanitaria diez	151
4.3 La consejería en VIH-SIDA proporcionada en la jurisdicción sanitaria diez	156
4.3.1 Conclusión de la consejería en VIH-SIDA proporcionada por la jurisdicción sanitaria diez	157
<b>CAPÍTULO V. SUGERENCIAS Y CONCLUSIONES</b>	160
5.1 Triangulación de la información	161
5.2 Teoría General	166
5.3 Confirmación de las hipótesis	168
5.4 Propuesta de intervención	169
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	178
<b>ANEXOS</b>	189
<b>GLOSARIO</b>	201
<b>DIRECTORIO DE INSTITUCIONES</b>	203



## **RESUMEN.**

Esta investigación tiene el objetivo de describir el proceso de consejería en VIH que proporciona el personal médico de la jurisdicción sanitaria diez, para identificar sus recursos técnicos, operativos e institucionales, a través de las experiencias de los y las consejeros(as). Intenta conocer los conflictos y dificultades entre la práctica médica hegemónica y las creencias en torno al proceso salud-enfermedad de la población nahua de la región cultural de la Huasteca.

Se revisarán las creencias, actitudes y procedimientos de los y las consejeros(as) durante sus intervenciones. También se incluirá un análisis de la organización del programa de VIH-SIDA estatal y la forma en que se relaciona con los recursos técnicos del personal médico.

Por último se describirá la forma en que los servicios de consejería en VIH, integran el modelo de salud intercultural durante la atención, los conflictos que surgen entre la medicina científica y la medicina tradicional, las dificultades en la atención y la forma de resolverlas.

Palabras clave: Consejería, VIH-SIDA, salud intercultural.

## **ABSTRACT.**

This research aims to describe HIV counselling process provide for health workers in sanitary jurisdiction number ten, to recognize technical, operative and institutional recourses, through counsellors experiences. Try to study difficulties and conflicts between scientific and traditional medicine practices, and nahua's population believes about health-disease process in Huasteca cultural area.

Will be reviewed counsellors believes, attitudes and methods in counselling. Will be analyze state HIV-AIDS program organization too, and the way to connect with health workers technical resources.

At last, will be to describe way to adapt intercultural health model in the HIV counseling services, the conflicts to appear between scientific and traditional medicine, service difficulties and the counsellors answer.

Keywords: Counselling, HIV-AIDS, intercultural health.

## **CAPÍTULO I: PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.**

## 1.1 ANTECEDENTES.

A partir del primer caso de VIH-SIDA registrado en las áreas rurales de México en 1986, distintas investigaciones como las realizadas por el Dr. Carlos Maguis y sus colaboradores, comenzaron a relacionar la presencia de esta enfermedad en localidades en plena transición de medio rural al semi-rural con los flujos de movilidad poblacional, propiciados por las crisis económicas, los cambios en la tenencia de la tierra y el abandono del agro al dejar de ser rentable y al disminuir los subsidios federales.

El VIH-SIDA comenzó un proceso de pauperización, feminización y ruralización (Del Río, Liguori, Maguis, Valdospino, García y Sepúlveda, 1995) que afectó principalmente a la población más vulnerable por sus condiciones socioculturales y de desventaja económica que incluyó a la población indígena, quienes históricamente han sido excluidos de las políticas nacionales, estigmatizados, discriminados y marginados, alejándolos de los cada vez más constreñidos servicios de salud.

Uno de los más significativos avances en el rubro de la investigación, ha sido la agenda en VIH-SIDA elaborada por reconocidos especialistas e investigadores en la materia con la finalidad de no duplicar estudios y optimizar recursos, estos especialistas integran el Consorcio de Investigación sobre VIH-SIDA y Tuberculosis (CISIDAT), conformado por las siguientes once instituciones: Instituto Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición Salvador Zubirán, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), Instituto Nacional de Cancerología, Instituto Nacional de Perinatología, Instituto de Seguridad Social y Servicios de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Centro Nacional para Controlar y Prevenir el VIH-SIDA (CENSIDA); Hospital Infantil de México, Hospital de Especialidades del Centro Nacional Siglo XXI del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salud del D.F. y la Fundación Mexicana para la Salud. La

agenda antes mencionada se centra en tres ejes: la vulnerabilidad, la atención y la prevención.

El O NUSIDA ha recomendado la aplicación de la consejería durante la aplicación de pruebas de detección de VIH-SIDA y en la entrega de resultados, como un recurso efectivo de promoción de la salud y apoyo psicosocial. En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 para la prevención y control de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana, estipula la obligatoriedad para los servicios de salud de proporcionar consejería confidencial y consentida en las pruebas de detección del VIH-SIDA. Poco sabemos sobre el cumplimiento de la norma y de la calidad en el servicio proporcionado, aspectos que ahora son objeto de estudio en la agenda de investigación en VIH-SIDA del CISIDAT.

La consejería históricamente se había aplicado en contextos educativos y de la psicoterapia. Dado su carácter de intervención breve y de bajo costo, actualmente se aplica en muy distintas áreas y bajo tres principales enfoques psicológicos: el cognitivo-conductista, el sistémico y el centrado en la persona. En éste último enfoque, las aportaciones de Carl Rogers permitieron estructurar su práctica técnica.

Una revisión general sobre investigación en VIH-SIDA en nuestro país, muestra una tendencia a estudiar los aspectos mórbidos, epidemiológicos, de derechos humanos y de políticas públicas. Sin embargo son pocas las investigaciones nacionales que aborden el impacto psicológico al recibir un resultado positivo al VIH y los beneficios de la consejería, destacan en este tópico los estudios de Jaime Sepúlveda y colaboradores, Uribe, Lizárraga y Maguis.

Las guías para la consejería en VIH-SIDA editadas por la Secretaría de Salud de México, significan una valiosa herramienta para

estudiar la adaptación de las técnicas y normas de la consejería al tema del VIH en contextos médicos. Se caracterizan por seguir los modelos dictaminados por organismos internacionales tales como la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, cuya práctica contrasta con la consejería en Europa, abriendo el debate sobre las implicaciones éticas, conceptuales y técnicas de esta práctica profesional.

Aún así las investigaciones sobre la práctica profesional de la consejería en VIH-SIDA proporcionado por los servicios de salud, en contextos rurales y con fuerte presencia indígena son prácticamente nulas. Encontraremos en los últimos años algunas reflexiones y aportaciones del ONUSIDA al introducir el enfoque intercultural en la prevención y atención del VIH-SIDA, lo que significó un avance para la visibilización de la problemática aunque aún falta su incorporación en los programas de salud federal y estatal.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN.**

El autor, en los años de ejercicio profesional en el sector salud y de las organizaciones no gubernamentales se inmiscuyó en diversos contextos socioculturales e interculturales que lo sensibilizaron en el acompañamiento de los dolorosos procesos biológicos y emocionales de las Personas que Viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (PVV). En ese caminar hombre con hombre con valiosos y estimables compañeros de lucha, tocó el tiempo de acompañar el duro y sinuoso proceso de aceptación de la nueva condición serológica de una persona allegada al investigador.

Aquella experiencia cercana motivó al autor a informarse sobre el tema en bibliotecas especializadas, en suplementos periodísticos y en las reuniones de trabajo con organizaciones civiles nacionales e

internacionales como la “ Pre-conferencia de VIH-SIDA en pueblos originarios, indígenas y afrodescendientes 2008” coordinado por la Dra. Patricia Ponce y capacitarse en el diplomado “ Teoría y práctica de las organizaciones civiles con trabajo en VIH-SIDA y diversidad sexual”, organizado por la Universidad Autónoma de la Ciudad de México (UACM) y coordinado por el Dr. Héctor Salinas. El compañerismo y la colaboración con los y las activistas protagonistas comprometidos(as) que iniciaron la respuesta organizada contra la epidemia de VIH-SIDA en México desde las organizaciones no gubernamentales, inspiraron esta labor de investigación con el propósito de conocer cuál es el estado actual de la epidemia en la región cultural de la Huasteca hidalguense y en específico determinar quiénes y cómo ofrecen el servicio de consejería durante y después de la aplicación de las pruebas voluntarias de detección del VIH.

En ese sentido, una revisión a fondo de la literatura disponible reveló la nula producción de investigaciones especializadas en materia de VIH-SIDA en el estado de Hidalgo y en específico en la región antes mencionada, no obstante de ser un problema delicado, rico en matices y susceptible de financiamiento institucional.

La respuesta de la administración pública del estado frente a la epidemia ha sido homogénea y apegada a las normas oficiales de prevención y atención pertinentes a la pandemia del VIH-SIDA, sin embargo la mayoría de las acciones llevadas a cabo son susceptibles a fracasar debido a que se omite un paso importante previo a la planeación de políticas públicas, a la utilización de los recursos y esfuerzos institucionales: se carece de un diagnóstico contextual y una detección de necesidades de las poblaciones que nos interesa. La importancia de realizar investigaciones de este tipo, radica en que nos permiten determinar en dónde nos situamos y hacia dónde nos estamos dirigiendo, además contribuyen a optimizar los limitados recursos financieros que se destinan a los servicios de salud en materia de prevención y atención, en

un contexto de eminente y de voraz privatización de los sectores de salud en el escenario internacional.

La presente investigación pretende beneficiar en primer término a los y las profesionistas médico-sanitario pertenecientes a la secretaría de salud de Hidalgo que laboran en la Huasteca, y que sensibilizados(as) y comprometidos(as) llevan a cabo las acciones preventivas y de atención del VIH con la población no derechohabiente, es decir con los sectores de la población más vulnerables y excluidos de la sociedad; se desea proporcionar a estos servidores públicos un panorama general sobre las destrezas personales que se ponen en marcha durante las consejerías brindadas, de tal manera que junto a la exploración de sus dificultades (personales, operativas e institucionales) como consejeros y consejeras, el estudio sirva como referente para el diseño de programas de profesionalización de las mismas, y que contribuya a fijar futuros parámetros de evaluación con la finalidad de medir el impacto real de sus intervenciones.

También los usuarios que acuden a los servicios de salud y que ocasionalmente requieran realizarse las pruebas voluntarias de detección del VIH, pueden beneficiarse con los resultados y las propuestas de la investigación tomando en cuenta que la consejería en VIH por ley señala que debe garantizar la confidencialidad, la privacidad, la no discriminación y debe estar orientada hacia la modificación de conductas de “riesgo” así como el apoyo psicosocial y emocional que facilite la aceptación de la condición serológica en el caso de un resultado positivo, con pleno apego a los derechos humanos, al trato digno, eficaz, pertinente y oportuno.

Así mismo, la investigación tiene la intención de legar a futuros investigadores un precedente en el estudio y comprensión de la pandemia de VIH-SIDA en la región cultural de la Huasteca no solo como un problema de salud pública sino como un fenómeno social de intrincadas



relaciones multifactoriales que demanda la acción crítica, reflexiva, sensible, comprometida y responsable de todas aquellas profesiones que puedan realizar una contribución teórica-práctica destinada a repensar las acciones hasta ahora emprendidas en el manejo de la pandemia y que apuestan por una visión multidisciplinaria en el complejo problema de la salud.

Por otra parte, la presente investigación también desea contribuir proporcionando información útil acerca del acompañamiento psicosocial de las Personas Viviendo con VIH a los (las) ciudadanos(as) y grupos sensibilizados que deseen involucrarse con esta problemática, ya sea en las tareas de prevención, de atención o en la vigilancia ciudadana a las instituciones de salud en su obligación constitucional de garantizar el derecho a la protección de la salud.

Finalmente se pretende visibilizar el tema del VIH-SIDA en las comunidades indígenas de la Huasteca ya que representan una población vulnerable al avance de la pandemia debido a que son obligados a abandonar sus comunidades de origen, migrando estacional o permanentemente en condiciones de pobreza, inequidad en el acceso a los servicios de salud y a la educación. Se espera que los resultados de la presente investigación sean utilizados para el diseño de políticas públicas por los tomadores de decisiones en materia de salud y derechos humanos.

### **1.3 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.**

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) hizo su aparición en un momento en el que el discurso científico y el desarrollo médico parecían haber combatido exitosamente las infecciones en dos siglos gracias, al desarrollo de los antibióticos; esta nueva enfermedad en poco

tiempo rebasó las respuestas institucionales jurídicas y de salud, cuestionó nuestra forma de entender los procesos de salud-enfermedad, nuestra intimidad y la forma en que nos relacionamos con los otros. Susan Sontag (2003) menciona también que el SIDA ocasionó una revisión de “conciencia”, un análisis moral del comportamiento personal en el cual los otros son los jueces y el sujeto carga con el remordimiento, ninguna otra enfermedad ha obligado a reflexionar tanto sobre el comportamiento personal como el SIDA.

El 5 de junio de 1981, el Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR por sus siglas en inglés) informó a la comunidad científica la existencia de cinco casos de neumonía causados por *Pneumocystis carinii* (en tres distintos hospitales de Los Ángeles), acompañados de una inusual inmunodepresión y de enfermedades oportunistas. Al poco tiempo se reportaron cuadros clínicos similares en las principales ciudades de los Estados Unidos, la medicina presenciaba la irrupción del SIDA en la humanidad.

Los cinco primeros casos se presentaron en personas homosexuales, por lo que se creyó inicialmente que el padecimiento era exclusivo de este sector de la población. Conforme se fue avanzando en la comprensión de la enfermedad aparecieron otros grupos que fueron considerados de riesgo: los usuarios de drogas inyectables y personas dedicadas al sexo comercial. El desconocimiento del agente causal y sus vías de transmisión, así como el amarillismo de los medios de comunicación, contribuyeron a crear una atmósfera de discriminación y estigmatización de estos grupos (Ramírez, 2008).

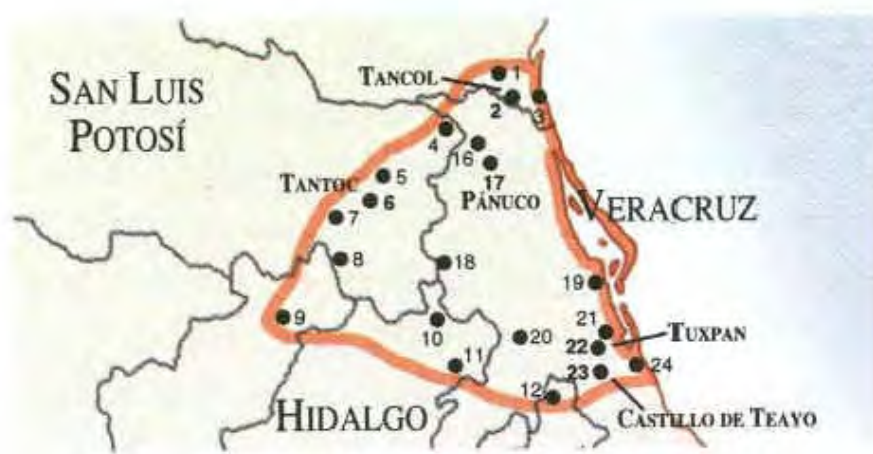
Pronto se reportaron casos similares en otras regiones del mundo hasta convertirse en una epidemia mundial de costos sociales, económicos y políticos difíciles de cuantificar; prácticamente no existe región en el mundo donde no se haya detectado la presencia del SIDA.

El agente causal del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), un virus de reciente aparición en la especie humana y que es potencialmente letal ya que debilita el sistema inmune del huésped (Daudel y Montagnier, 2008). Los estudios biomédicos a poco más de 25 años desde que la enfermedad apareció han logrado un avance significativo en su comprensión y aunque se dista mucho en encontrar una cura, el desarrollo de medicamentos que contribuyen a retardar los efectos devastadores del virus en el sistema inmunológico elevan la estimación de años y calidad de vida de las personas que viven con VIH (PVV).

De acuerdo al Informe sobre la epidemia mundial de SIDA elaborado por O NUSIDA, 1.7 millones de personas vivían con VIH en América Latina en 2007; el país con mayor número de casos era Brasil, seguido de México cuyos primeros casos se reportaron en 1983 iniciándose al año siguiente la vigilancia epidemiológica a escala nacional con la adición del SIDA a la lista obligatoria de enfermedades a vigilar (Salinas 2008), en 1986 se creó el Consejo Nacional de prevención y control del SIDA (CONASIDA) institución que tomó a su cargo la atención del VIH-SIDA en nuestro país.

Según estadísticas de la Dirección General de Epidemiología, en el periodo de 1983 a 2008 se han registrado 26, 200 casos acumulados de VIH en México, de los cuales 1,397 corresponden al estado de Hidalgo; cabe señalar que estas estimaciones no son concluyentes debido al rezago en la notificación de casos de SIDA que oscila entre los tres y cuatro años (Cruz, 2009; Maguis, del Río, Valdespino y García, 1995) y cuyas causas han sido el desconocimiento o el incumplimiento de la normatividad, la falta de diagnóstico oportuno y el ocultamiento de la notificación (Magis, Bravo, Gayet, Rivera & De Luca, 2008).

Huejutla se encuentra en el centro de la región cultural denominada Huasteca (Cuextlán o Cuextecapan) cuyo límite geográfico sur es el río Cazonas (estado de Veracruz) y el norte es el río Soto la Marina (Tamaulipas); al este limita con el Golfo de México y al poniente con los estados de San Luis Potosí y Querétaro. El territorio presenta una variedad ecológica que incluye: costas, planicies, llanuras y porciones montañosas de la Sierra Madre y la Sierra de Tamaulipas (Stresser-Péan, 2008).



Mapa del territorio Huasteco.

La antropología física y la lingüística han emparentado a los huastecos con la gran familia maya, pero al parecer la lengua huasteca ha estado aislada desde hace 3 000 años. Los mayas ocuparon la Costa del Golfo de México entre los años 1,000 y 1,500 a.C. desde Pánuco hasta Tabasco y más tarde fueron obligados a retroceder hacia el sureste por invasiones zoques y totonacas, otomangues y finalmente las incursiones militares nahuas que desplazaron a los huastecos hacia el noroeste (Stresser-Péan, 2008).

Allí, los huastecos desarrollaron una cultura con elementos propios como son las magníficas esculturas, la exquisita elaboración de objetos de conchas y la arquitectura monumental de esquinas redondeadas

(llamados cúes), lo que los hizo distinguirse de todos los demás pueblos mayas.

Según datos de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (2009), con el tiempo los huastecos extendieron sus territorios y se dividieron en varios señoríos independientes (ver mapa) controlados por ciudades como Tancol (2), Tamuín (5), Tantoc (6) y Castillo de Teayo (23). El territorio huasteco era un vecindario multiétnico compuesto por tepehuas, otomís, tonacos, guachichiles, pames y diversos grupos chichimecas con quienes se mantenían relaciones comerciales y políticas (Stresser-Péan, 2008; Valle, 2003) así como elementos culturales en común.

Debido a su posición estratégica y sus abundantes recursos naturales, la Huasteca desde la época prehispánica fue objeto de múltiples intentos de dominación por otros grupos étnicos. Hacia el año 800 d.C. hubo una incursión tolteca hacia la Huasteca llevando consigo la lengua náhuatl (Valle, 2003). Tras la caída de Tula, la penetración de esta lengua continuó impulsada por Texcoco y Metztitlán. Entre los años 1450 y 1460, en el reinado de Moctezuma Ihuicamina, los aztecas conquistaron una porción al sur de la región Huasteca, incluyendo Tuxpan, Temapache, Tampatel, Oxitipa (hoy Cd. Valles), entre otros, con la intención de rodear al Señorío de Metztitlán que había sido invencible en la primera campaña de la Triple Alianza.

En 1475, Axayácatl completó la conquista, invadiendo entre otras regiones, el actual municipio de Huautla (Quahutlan), Hidalgo. Otros emperadores aztecas que invadieron la Huasteca en el periodo comprendido entre los años 1486 y 1520 fueron Ahuítzotl y Moctezuma Xocoyotzin. Aún así la conquista mexicana no explica del todo la presencia nahua en gran parte de la región ya que nunca fueron completamente dominados sino hasta la llegada de los españoles (Stresser-Péan, 2008).

Con estos referentes históricos podemos dar cuenta de las resistencias que los señoríos huastecos tuvieron que poner en marcha contra los intentos de dominación para conservar su identidad cultural, resistencias que se extienden hasta nuestros días.



Escultura Huasteca y sitio arqueológico de Tamtok.

El Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal del Gobierno de Veracruz (2005) menciona que en el año de 1519, Hernán Cortés colonizó Pánuco (o Panotla: lugar del paso) y lo rebautizó como Villa de Santiesteban del puerto en 1522, trazando la distribución de

las Casas Reales, Eclesiásticas y la Plaza de Armas, así como las calles, manzanas y solares. Nombró como gobernador de la villa a su compañero Francisco de Garay; sin embargo, nunca pudo ejercer el cargo debido a los movimientos y rebeliones indígenas contra los conquistadores (entre 1520 y 1530) en las que fueron necesarias las intervenciones militares de Cortés para reprimir las sublevaciones en la región.

Posteriormente, Nuño de Guzmán fue nombrado Gobernador de la Provincia y Río de Pánuco, cometiendo incontables abusos contra los indios, a quienes intercambiaba por ganado o los vendía como esclavos a las Islas Antillanas para trabajar en el cultivo de la caña de azúcar (Hernández, 2007 ; Stresser-Péan, 2008). Como era de esperarse, la población huasteca fue diezmada por las constantes batallas de rebelión contra el poder español, las condiciones miserables de vida que éstos les infligían, la desmedida explotación laboral, el tráfico de esclavos y las primeras epidemias de sarampión, hepatitis y viruela que tuvieron lugar en la región (Stresser-Péan, 2008). Durante este proceso de mestizaje, las prácticas y concepciones en torno al proceso salud-enfermedad locales adquirieron nuevas prácticas terapéuticas traídas por los esclavos africanos y la medicina española que configuraron las formas de explicar y atender las nuevas enfermedades traídas por los colonos españoles.

Durante la Colonia, Cortés y sus compañeros se repartieron la población indígena bajo el régimen de encomienda, las cuales consistían en entregar a un encomendado español los grupos indígenas junto con sus gobernantes, el cual tenía la responsabilidad jurídica de protegerlos y convertirlos a la religión católica, que en la Huasteca estuvo a cargo de la orden Agustina a su llegada en 1533. A cambio, la población indígena rendía tributo y servicios. Los pueblos indios que no estaban bajo la encomienda de un español eran asignados a la Corona y eran administrados como súbditos por corregidores (Monroy & Calvillo, 1997). Es decir, se instauró un régimen de tutelaje en el que se consideraba a

los indígenas incapaces de distinguir entre el bien y el mal desde la óptica de la moral católica, por lo que resultaba indispensable instruirles de manera permanente anulando su libre albedrío.

Para el año de 1541 Francisco de Garray penetró a la Huasteca hidalguense descubriendo Huejutla. Tres años después el agustino Juan Eustaquio dirigió la construcción del templo y convento de Huejutla que actualmente funge como catedral y de quien dependían varias parroquias aledañas. La traza de los asentamientos poblacionales coloniales se organizaban en torno a una plaza principal en la que se ubicaba las representaciones de la Iglesia Católica y la Corona Española, las casas de los colonos y de los indígenas que eran la mano de obra al servicio de los españoles (Ariel, 2009).

El Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS) sede Pacífico, en su diagnóstico regional de la Huasteca indica que en los siglos XVII y XVIII se introdujeron nuevos cultivos y ganadería en la región convirtiéndose en el principal proveedor de ganado en pie, aguardiente, piloncillo, mantas de algodón, cordelería, carne seca, manteca, pescado, camarón y sal en la Nueva España. Sin embargo estas nuevas tecnologías de producción y comercio despojaron a los indígenas de la Huasteca de sus tierras y los obligaron a establecerse en los lomeríos y en las tierras menos propicias para la agricultura marginándolos aún más.

El 4 de octubre de 1824, Huejutla pasó a formar parte del Estado de México pero sería hasta 1866 en que se incorporaría permanentemente al recién creado Estado de Hidalgo, no sin antes haber pasado por varios intentos separatistas alentados por caciques indígenas y las élites locales pero que no prosperaron. Hernández (2007) menciona que el primero intento fue en 1832, cuando se trató de conformar el Estado Huasteca cuya capital sería el actual puerto de Tampico,



Tamaulipas. La segunda iniciativa fue en 1845 promovida por el gobierno central, intentando formar el Estado de Iturbide con los distritos de Tuxpan (Veracruz), Huejutla (Hidalgo), Tancanhuitz (S. L. P.) y Tampico (Tamaulipas) solo por mencionar algunos.

Huejutla participó en varias movilizaciones indígenas en los años comprendidos en el periodo de 1879 a 1882. De acuerdo a Salinas (2003), más de 3000 indígenas de la Huasteca se levantaron contra una nueva clase de terratenientes y hacendados (en Huejutla al menos existía una veintena de haciendas, la mayoría ganaderas), quienes se habían enriquecido con el trabajo gratuito y forzado de peones y arrendatarios, la evasión de impuestos, así como la invasión y uso de las tierras ajenas, conflicto que se agudizó en las tres primeras décadas del siglo XX (López, s-f). El reparto agrario poco ayudó a apaciguar los conflictos generados por la tenencia de la tierra.

El reparto agrario iniciado en la Revolución mexicana llegó a su auge durante el sexenio del presidente Lázaro Cárdenas (1934-1940). El estado mexicano aseguraba la tenencia social de la tierra ya sea en forma de comunidad indígena tradicional o como ejido pero en diversos puntos del país se reportaron conflictos debido a que las tierras disponibles resultaron insuficientes (Lisocka-Jaegermann, 2003). Estos cambios en la tenencia de la tierra también modificaron la organización social de las comunidades indígenas quienes tuvieron que adaptarse a las distintas coyunturas políticas para subsistir y conservar su identidad cultural.

El Estado también subsidiaba la producción agrícola y el abastecimiento de alimentos, sin embargo las demandas de recursos eran insostenibles a largo plazo y durante la década de los ochenta del siglo pasado se suspendieron debido a que el país entró en una severa crisis económica que sumió en la miseria a gran parte de la población rural mexicana (Lisocka-Jaegermann, 2003).

La supresión de los apoyos económicos al campo, la caída de los precios de los productos agrícolas y las reformas constitucionales (artículo 27 de la Constitución de 1917) Salinistas permitieron la ejecución de políticas neoliberales como las del Tratado de Libre Comercio entre México, Estados Unidos y Canadá que entre otras cosas, abrieron la posibilidad de privatizar las tierras ejidales y comunales al haber dado por terminado el reparto agrario lo que modificó socio-culturalmente a la región Huasteca (Alonso, 2003; Lisocka-Jaegermann, 2003; Pérez 2007).

Estos cambios en la tenencia de la tierra y el abandono del agro al dejar de ser rentable han ocasionado un fuerte proceso de aculturación, transformando los pueblos originarios, “desindigenizándolos”, expulsándolos de sus territorios y sometidos a la lógica económica de los mercados minando su calidad de vida, perpetuando la pobreza y las desigualdades sociales (Alonso, 2003).



La región cultural de la Huasteca hidalguense concentra una numerosa población indígena con una cosmovisión única que incluye una forma integral de entender los procesos de salud-enfermedad-atención.

La pauperización, el inequitativo acceso a la educación y a la salud, las migraciones internas e internacionales, contribuyeron a la aparición de nuevas enfermedades en los contextos rurales e indígenas producto del fuerte proceso de “modernización” del campo, entre ellas se encontraba el

VIH-SIDA que se consideraba una enfermedad propia de los contextos urbanos y cuya presencia en las comunidades indígenas era invisibilizado en las políticas nacionales de salud.

Se abandonó la agricultura excedente de maíz y frijol por una producción de autoconsumo. A nivel institucional, en la región se introdujeron nuevos cultivos comerciales, se atrajo a la inversión industrial (se construyó el parque industrial Siglo XXI en la administración de Núñez Soto), se fomentaron las actividades artesanales (para ello se diversificaron las opciones educativas del Instituto de Capacitación para el Trabajo del Estado de Hidalgo) y se impulsó el desarrollo ecoturístico en la región (Lisocka-Jaegermann, 2003).

Como se podrá observar, los vertiginosos cambios en las últimas décadas transformaron el rostro de las comunidades indígenas de la Huasteca, las políticas “desarrollistas” sexenales obligaron a los indígenas a entrar en las dinámicas del mercado y trajo consigo nuevos problemas sociales y de salud cuyo impacto apenas comienza a ser materia de análisis científico.

La población del municipio de Huejutla estimada en el XII Censo de Población y Vivienda del 2000 realizado por el INEGI, es de 115,786 habitantes, de los cuales 57,076 son hombres y 58,710 mujeres. La lengua principal es el español pero existen registros de otras lenguas indígenas de las cuales sobresale el náhuatl que lo habla 10,539 habitantes. De esta proporción 8,268 habla también el español y 2,194 solo habla el náhuatl. El estado de Hidalgo es una de las cuatro entidades federativas con mayor concentración de población indígena por municipio (Magis, Bravo, Gayet y De Luca, 2008).

Las estimaciones del Consejo Nacional de Población (CONAPO) con base en el II Censo de Población y Vivienda 2005 y la Encuesta

Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE), cinco de los municipios de la Huasteca son considerados de alta marginación y dos de muy alta (ver cuadro 1).

**Cuadro 1. Índice de marginación por municipios de la región Huasteca.**

<b>Municipio</b>	<b>Población</b>	<b>Índice de marginación</b>
Atlapexco	18,769	Alto
Huautla	22,521	Alto
Huejutla	115,786	Alto
Jaltocán	10,265	Alto
San Felipe Orizatlán	38,472	Alto
Xochiatipan	18,157	Muy alto
Yahualica	22,238	Muy alto

FUENTE: INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005.

CONAPO. Anexo B. Índice de marginación por municipio, 2005.

A partir de los datos de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo (2005), se observa que el área cultural de la Huasteca es una región con mayores índices de riesgo frente al VIH en relación a otras regiones del Estado: seis de los ocho municipios huastecos son considerados de “muy alto riesgo” o “alto riesgo”, lo cual confirma la severidad del problema (ver cuadro 2). En esta región el VIH-SIDA es una enfermedad emergente y la estimación de casos acumulados hasta el 2005 eran de 180. Los municipios que concentran el mayor número de casos son Huejutla con 80, Xochiatipan con 21 y Orizatlán con 20. El primer caso fue detectado en 1996 (Camacho, 2007).

**Cuadro 2. Municipios de la Huasteca Hidalguense en relación al riesgo frente al VIH-Sida (2005)**

<b>Muy alto riesgo</b>	<b>Alto riesgo</b>	<b>Mediano riesgo</b>	<b>Bajo riesgo</b>
Huejutla de Reyes	Huazalingo		Yahualica
Huautla	Jaltocán		Atlapexco
Xochiatipan			
San Felipe Orizatlán			

Elaborado en base a información publicada por la SSA.

La presencia del SIDA en el área rural parece estar relacionado, entre otros factores, con el fenómeno de la movilidad poblacional (Bronfman, Leyva y Negroni, 2004) que incluye los movimientos cotidianos de residentes fronterizos que transitan al extranjero por múltiples motivos; la movilidad con duración prolongada y con retorno como el de las personas que se desplazan para trabajar por una semana o por periodos prolongados; los desplazamientos estacionales de trabajadores agrícolas, generalmente de flujo rural-rural y de desplazamiento durante las temporadas de cosecha de cultivos; el tránsito de transportistas cuya frecuencia y tiempo depende de la naturaleza del intercambio (transportar personas o mercancías) y el desplazamiento de personas a los puntos fronterizos con duración indeterminada, como el caso de las empleadas domésticas y las trabajadoras sexuales.

La primera fase del proceso infeccioso ocurre durante la estancia en los destinos de movilidad poblacional en donde se adquieren nuevos hábitos de conducta al no estar bajo la vigilancia de la comunidad a la que se pertenece, involucrándose en conductas de alto riesgo para la infección del VIH y una segunda fase inicia cuando la población móvil o migrante infectada regresa a su comunidad de origen y debido a las creencias culturales sobre sexualidad, exigen a sus parejas tener

contactos sexuales sin protección (Hernández-Rosete, Maya, Bernal, Castañeda y Lemp, 2007).

En la Huasteca, el fenómeno de la migración se ha documentado desde 1930, sin embargo es en la década de 1980, en plena recesión económica, cuando se registró un intenso flujo migratorio. Pérez (2007) identifica tres movimientos migratorios: el primero se dio en la década de 1980 cuando los campos agrícolas del norte del país y en específico del estado de Sonora, comenzaron a demandar mano de obra temporal y barata a través de engañadores. La segunda fue de carácter permanente hacia ciudades como Poza Rica, Tampico, San Luis Potosí, Pachuca y México pero al descender las posibilidades reales de empleo, el flujo migratorio comenzó a virar hacia los estados fronterizos de Reynosa, Matamoros, Ciudad Acuña y Juárez que estratégicamente dieron paso al tercer movimiento, esta vez la migración fue hacia la Unión Americana y Canadá, siendo el condado de Carolina del Norte el destino de muchos huastecos.

Quienes han tenido que abandonar sus comunidades de origen y emigrar a otros países, se sitúan en una mayor vulnerabilidad para contraer la infección del VIH debido al status jurídico de los migrantes, la inequidad en el acceso a los servicios de salud, las dificultades del idioma, la falta de seguridad social, las escasas redes sociales y la ausencia de campañas preventivas con enfoque multicultural dirigidas a este sector, solo por citar algunos factores (Rozo, 2007; Magis, Estrada y Ortiz 2007). El impacto de la infección en la salud de las personas portadoras estigmatiza y abre aún más la brecha de desigualdad económica.

Otras condiciones que han favorecido el ingreso del VIH-SIDA en las comunidades indígenas son el proceso de globalización que profundiza la pobreza y fuerza la emigración; la falta de protección de los

derechos indígenas que perpetúa la marginación socio-económica y promueve la discriminación a los indígenas, al ejéndolos de los medios culturales para la apropiación de conocimiento que promueva la protección de la salud; y la pérdida del conocimiento médico tradicional que dificulta la integración de las nuevas enfermedades a sus sistemas de conocimiento (Magis, Bravo, Gayet, Rivera y De Luca, 2008). Esta pérdida de los saberes populares se enmarca en el contexto histórico de la dominación, representada por las instituciones de salud que imponen sus explicaciones en torno al proceso salud-enfermedad a los pueblos indígenas, exigiendo reconstituir sus saberes y adaptarse a las estructuras de poder (Sempeategui y Bresan, 1978).

La salud ha sido definida por el modelo biomédico hegemónico a través de la Organización Mundial de la Salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad o malestar. Algunas críticas como las de López-Moreno (en Moreno, 2007) enfatizan que la definición tiene limitaciones conceptuales al considerar a la salud un estado permanente cuando el trayecto salud-enfermedad tiene un carácter más bien dinámico y al no señalar que el bienestar depende del lugar, la época histórica y la concepción que cada sociedad tiene de él, es decir que la cultura elabora sus propios conceptos sobre salud, enfermedad, terapéutica, prevención y promoción de la salud.

Moreno (2007) menciona que en la definición de salud:

*“... se entrelazan creencias culturales, vivencias personales y experiencias cotidianas. Además de la propia, se agregan aspectos provenientes de otras culturas, en particular de la llamada occidental.”*

(p.68)

En el caso de la región cultural que nos ocupa el colonialismo español impuso a los pueblos originarios su pensamiento occidental no sin antes enfrentar numerosas rebeliones en defensa de la identidad y de sus cosmovisiones. Al final del expansionismo bélico, de forma pública o secreta, los pueblos indígenas continuaron con sus conocimientos y prácticas. Para Aguirre-Beltrán ( en Campos, 1999) Las nuevas enfermedades y las primeras epidemias hicieron que se adoptaran algunos aspectos de la medicina popular española y de la medicina tribal africana, iniciando un sincretismo entre las prácticas sanitarias propias y las traídas durante la colonia por los primeros evangelizadores y médicos de España.

Desde mediados del siglo XX las ciencias sociales han realizado contribuciones en la reflexión acerca del significado de la salud y la enfermedad, a través de enfoques provenientes de la sociología como la teoría funcionalista de la acción social que conceptualiza a la enfermedad como un proceso fisiopatológico, el padecimiento como el estado subjetivo y el malestar como una disfunción social; y la antropología de Briceño-León que trata de explicar la etiología social de las enfermedades a través del análisis de las distintas dimensiones de la práctica médica como el rol del paciente y el médico, la relación médico-paciente, las características del saber médico, las instituciones médicas contemporáneas, el régimen hospitalario, las políticas de salud de l Estado, partiendo de las condiciones sociales, institucionales y políticas en las que acontece el quehacer médico (Moreno, 2007).

A lo largo de la historia las transformaciones del concepto de salud han abarcado las intrincadas relaciones biológicas y el conglomerado social donde éstas aparecen. La salud se convierte en lo que Moreno (2007) llama *“un privilegiado punto de encuentro dentro de un sistema de signos, significados y prácticas de salud, entre el individuo, el ambiente y*



*la organización social, y entre lo público, lo privado y la comunidad”* (P.p. 68).

En este mismo sentido, el avance de la epidemia del VIH-SIDA no solo se relaciona con otras condiciones sociales de salud como la pobreza, la vulnerabilidad, la exclusión social, el estigma, la discriminación, la inequidad de género y la homofobia ( Secretaría de salud, 2008 ), sino que también entran en juego las construcciones sociales en torno a ella.

Los significados y las construcciones sociales en torno a la aparición del VIH-SIDA como una enfermedad mortal e inculada hondamente con la sexualidad humana y con las prácticas sexuales socialmente sancionadas, desde los inicios de la pandemia ocasionó un miedo exacerbado al contagio, formulación de prejuicios, revivió antaños estigmas y alentó actos discriminatorios comenzando a convertirse en una enfermedad social y un fenómeno de interés para la salud pública.

En un contexto de desinformación, estigma y discriminación por VIH-SIDA, el apoyo psicosocial cobró importancia como predictor del bienestar y la mejoría de la calidad de vida de las PVV (Vallejo, Navarrete, Del Río, Ávila y Santos, 1995).

Quien acude a realizarse voluntariamente la prueba de detección de anticuerpos del VIH, generalmente manifiesta una ansiedad flotante y angustia (Sepúlveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawski y Valdespino, 1989) ya que enfrenta una situación potencialmente traumática: encontrarse infectado y los significados personales y sociales que esto conlleva.

Las reacciones psicológicas de las personas en un diagnóstico de seropositividad al VIH varían de acuerdo a la historia de vida y a los antecedentes patológicos del ( la ) usuario ( a ) previos a la prueba serológica. Aún así la mayoría atraviesa por las fases del duelo

propuestas por Kübler-Ross (Sepúlveda et al., 1989), cuyo orden de aparición es variante y se experimenta de forma distinta debido a las diferencias individuales y a las connotaciones sociales de la enfermedad que son habitualmente estigmatizantes.

Por estas razones la consejería se posiciona como un factor básico en las actividades de apoyo psicosocial durante la comunicación de un resultado positivo al VIH-SIDA. En ese momento se requiere explicar el significado de la prueba y el curso de la enfermedad, hacerse cargo de las reacciones emocionales secundarias a la notificación del resultado, identificar los factores de riesgo y abordar estrategias de reducción de riesgos de infección por el VIH (OPS, 2006).

La Organización Panamericana de Salud define a la consejería en VIH-SIDA como “*un diálogo confidencial entre un cliente y su consejero para ayudar al primero a sobrellevar la tensión y apoyarlo en la toma de decisiones personales que le permitan convivir y enfrentar la infección y la enfermedad de una manera funcional* (enVelandia, 2002)”. Aunque en esta definición prevalece un enfoque gerencial al proponer el término de “cliente” para referirse al usuario de los servicios de salud del Estado, la fundamentación teórica de este tipo de intervención es el enfoque centrado en la persona desarrollado por Carl Roger.

La relación de ayuda en la consejería se caracteriza porque nunca es jerárquica sino más bien es una relación horizontal donde se desdibujan las relaciones de poder, asumiendo que ambas partes - consejero y paciente- establecerán las estrategias personales para enfrentar la situación que se les presenta. En esta relación ambos aprenden, intercambian y se enriquecen de su trabajo en conjunto (Ortiz en Solar, 2002).

La consejería se basa en el diálogo, sin embargo es frecuente que entre el (la) trabajador(a) de la salud y el (la) paciente hayan visiones del mundo opuestas, que existen barreras lingüísticas y de comunicación intercultural que entorpecen la relación de (la) paciente con el (la) consejero(a), lo que se traduce en la desconfianza y el rechazo de las instituciones públicas de salud en general (Lerin, 2004). Es en estas dificultades de relaciones interpersonales entre trabajadores(as) de la salud y pacientes donde el enfoque de salud intercultural cobra un papel importante en las acciones de prevención y atención en VIH-SIDA ya que se fundamenta en el respeto a la diversidad cultural y en los derechos humanos.



En los servicios de salud pueden surgir visiones opuestas sobre los significados de la salud entre los usuarios y el personal médico-sanitario.

Las habilidades descritas por Carl Rogers en su enfoque no directivo centrado en la persona superan estas dificultades de interrelación, y bien empleadas propician un clima de seguridad, de aceptación incondicional y de despliegue de potenciales que facilitan la toma de decisiones en momentos críticos y re-estructurantes como el de un diagnóstico positivo en VIH y también promueven cambios en las

conductas que ub ican a los y las pacientes en una posición de vulnerabilidad para la infección.

#### 1.4 DESCRIPCIÓN DEL LUGAR.

Según datos del Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal del Gobierno de Hidalgo (2005), el municipio de Huejutla limita al norte con el estado de Veracruz. Al sur con los municipios de Atlapexco y Huazalingo; al este con Jaltocán, Tlanchinol y Orizatlán; y al oeste con Huautla. Se localiza al norte del estado de Hidalgo entre los paralelos 21°08´ de latitud norte y 98°25´ de longitud oeste del meridiano de Greenwich, a una altitud de 140 metros sobre el nivel del mar.



La resolución violenta de los conflictos sociales ocasionada por la desconfianza a las instituciones, alentó la creación de tribunales alternativos de procuración de justicia.

La cabecera municipal cuenta con los servicios de luz, agua entubada, drenaje, alcantarillado, pavimentación y alumbrado público. Posee carreteras que conectan con la capital del estado, Veracruz, San Luis Potosí y Tamaulipas.

Huejutla es la sede del distrito Federal Electoral número uno que conglomeraba siete municipios de la zona Huasteca y seis de la zona Sierra (Méndez, sf). Ahí se concentran los servicios, la infraestructura comercial, bancaria, crediticia y las jurisdicciones de los poderes ejecutivo y judicial, las sedes de las dependencias estatales y federales así como otros organismos públicos.

En la infraestructura en salud destacan en la cabecera municipal el hospital de IMSS, el del ISSSTE, la Unidad Básica de Rehabilitación (UBR), un Centro de Salud Urbano de la Secretaría de Salud, el Centro de Rehabilitación Integral Regional de la Huasteca (CRIRH), el Hospital Regional y un consultorio de la Cruz Roja Mexicana.



Manta informativa del recién creado SIDA tel. Aunque se promociona el servicio de biblioteca y videoteca, hasta el momento de la presente investigación este no existía.

Por su ubicación estratégica la cabecera municipal de Huejutla es la sede de la jurisdicción sanitaria número diez y es su departamento de epidemiología quien se encarga de diagnosticar y llevar el seguimiento de los casos de VIH y SIDA en la región Huasteca.



Centro de salud urbano "Horacio Camargo" en Huejutla, Hidalgo.

De acuerdo con el anuario estadístico del estado de Hidalgo hasta el 14 de febrero de 2000 la jurisdicción sanitaria de Huejutla contaba con la siguiente infraestructura en salud:

Municipio.	1er. Nivel.			2do. Nivel	
	Unidades	Consultorios.		Unidades.	Camas.
		Generales.	Dentales.		
Atlapexco.	6	8	1	1	12
Huautla.	8	9	1		
Huejutla.	10	12	2		
Jaltocán.	1	1	1		
Orizatlán.	7	8	1		
Xochiatipan.	5	5	1		
Yahualica.	6	7	1		
Total.	44	51	8	1	12

En el artículo 44 del Reglamento Interior de los Servicios de Salud de Hidalgo (2005, p.16), encontramos que: *“la jurisdicción sanitaria dirige, coordina y evalúa en su área de influencia, acciones en materia de*

*atención médica y salud pública, a través de la atención integral, en las modalidades de prevención, curación y rehabilitación para atender las demandas de salud de la población en el primer nivel de atención. Así mismo coordinar los programas institucionales, acciones intersectoriales, la participación social y realizar la vigilancia sanitaria en materia de salubridad local".* Y en el artículo 45 e stipula que la jurisdicción sanitaria número diez está conformada por los municipios de Atlapexco, Huautla, Jaltocán, San Felipe Orizatlán, Xochiatipan y Yahualica.

La presente investigación se llevará a cabo en la unidad de vigilancia epidemiológica de la jurisdicción sanitaria cuyas instalaciones actualmente se encuentran ubicadas en la calle La Lomita número uno esquina con R ojo Gómez en la colonia La Lomita en el municipio de Huejutla de Reyes, Hidalgo.

## **1.5 OBJETIVOS.**

### **Objetivo general:**

Conocer cuáles son los recursos y dificultades técnicas e institucionales que tiene el personal médico-sanitario de la Secretaría de Salud de Hidalgo que realiza consejería en torno a las pruebas de detección del VIH en la región Huasteca.

### **Objetivos particulares:**

Conocer cuáles son los recursos y dificultades técnicas que presentan los (as) consejeros (as) en la aplicación de pruebas de detección del VIH.

Conocer cuáles son los recursos y dificultades institucionales que tienen los (as) consejeros (as) en la aplicación de pruebas de detección del VIH.

Identificar si existe la adaptación del modelo intercultural en la consejería en VIH por parte del sector salud.

Explorar si existe apoyo psicológico para manejar el síndrome de desgaste de los (las) consejeros (as) en VIH en los servicios de salud.

## **1.6 INTERROGANTES DE LA INVESTIGACIÓN.**

¿Qué recursos técnicos tienen los (las) consejeros (as) en VIH de la jurisdicción sanitaria diez?

¿Qué recursos institucionales tienen los (las) consejeros (as) en VIH de la jurisdicción sanitaria diez??

¿Qué otras actividades realizan los (las) consejeros (as) en VIH de la jurisdicción sanitaria diez?

¿Cuáles son las características físicas de los espacios donde se ofrece consejería en VIH en las unidades de salud pertenecientes a la jurisdicción sanitaria diez?

¿Cuáles son los grupos vulnerables a los que se les ofrece la prueba de detección del VIH en la jurisdicción sanitaria diez?

¿Cómo se ha incorporado el modelo intercultural de salud en la consejería en VIH ofrecida en la jurisdicción sanitaria diez??

¿Cómo manejan el síndrome de desgaste los (las) consejeros (as) que ofrecen consejería en VIH pertenecientes a la jurisdicción sanitaria diez?



## **CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO.**

## 2.1 EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

Los virus (del latín, *toxina* que significa veneno) son microorganismos que se encuentran entre los límites de lo animado y lo inanimado, poseen información genética para reproducirse pero carecen de los medios para hacerlo, para ello se alojan en el interior de las células y provocan enfermedades infecciosas, inmunológicas, degenerativas y tumorales.

La primera vez que se tuvo conocimiento de la existencia de los virus fue por accidente en 1892, cuando el ruso Dmitri Ivanovski estudiaba la enfermedad del mosaico del tabaco. Este importante descubrimiento marcó el inicio de su estudio y el desarrollo de vacunas para numerosas enfermedades (Daudel y Montagnier, 2008). Durante la década de 1950 a 1960, el auge de la microscopía electrónica y el descubrimiento de la transcriptasa inversa les permitieron a los científicos tener el control de enfermedades que históricamente habían ocasionado epidemias mortales.

Algunas investigaciones recientes ubican el primer caso humano de infección por VIH en la ciudad de Kinshasa (Zaire) en 1959 en el continente africano. En Estados Unidos de Norteamérica una joven murió en el año de 1969 a consecuencia de un Sarcoma de Kaposi y una infección por Clamidia, enfermedades asociadas al SIDA. En Europa el primer caso descrito, fue el de un hombre fallecido con síntomas asociados al VIH en 1976 (Maguiña, 2004).

No obstante, el primer impacto científico mundial ocurrió el 5 de junio de 1981 cuando la publicación *Morbidity and Mortality Weekly Report* del Centro de Control de Enfermedades (CDC por sus siglas en inglés), describió en el periodo de octubre de 1980 a mayo de 1981 en hospitales de Los Ángeles, cinco casos de neumonía atípica producida por el agente infeccioso *Pneumocystis Carinii* e infección por

citomegalovirus (un virus de la familia del herpes) en pacientes homosexuales severamente inmunodeprimidos. Se pensó erróneamente que el estado de salud de estos pacientes obedecía a algún aspecto del estilo de vida homosexual.

Fue en 1983, en el Hospital de la Pitié en Francia, cuando el doctor Willy Rozenbaum extirpó un ganglio cervical a un paciente enfermo de SIDA para ser analizado por el equipo del doctor Luc Montagnier, que se descubrió raras actividades bioquímicas de un retrovirus nuevo bautizado como LAV (abreviatura del virus de la linfadenopatía) que más adelante sería nombrado VIH 1 (Daudel y Montagnier, 2008) y al que se identificó como el agente causal de la inmunodepresión no congénita.



Dr. Luc Montagnier



Dr. Gallo.

En Estados Unidos de Norteamérica el Dr. Gallo del Instituto Nacional de Cáncer, aísla en 1984 el virus HTLV3 y lo presenta como el agente causal del SIDA lo que desató una controversia por la autoría del descubrimiento entre los equipos francés y norteamericano ya que tanto el LAV como el HTLV3 eran el mismo virus. La Organización Mundial de la Salud acordó que éste nuevo virus era el agente responsable del SIDA y propuso la nomenclatura de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Para 1986 el Dr. Montagnier y sus colaboradores aislaron una variante más agresiva del virus denominándola VIH 2 en las muestras de dos pacientes de Cabo Verde (González 2002, Magaña 2004, Daudel y Montagnier 2008).

La infección por VIH es un proceso patológico en constante actividad en el organismo con la finalidad de evolucionar y cumplir con sus objetivos. Desde el primer día produce 10,000.000.000 de copias de sí mismo cada 24 horas lo que significa que el sistema inmunológico permanece en constante trabajo y que a largo plazo el virus rebasa la capacidad del organismo para protegerse del VIH y de todo tipo de infecciones.

El VIH pertenece al género de los lentivirus (*lentiviridae*) de la familia de los retrovirus (*retroviridae*) es decir, se trata de un virus que tiene la capacidad de guardar información genética en forma de ARN (ácido ribonucleico) el cual es traducido a la forma de ADN (ácido desoxirribonucleico) cuando el virus ingresa al organismo para reproducirse, lo cual es inverso a lo que sucede con la mayoría de los seres vivos que guardan su información genética en forma de ADN y se transcribe en ARN para su reproducción (Muma, Ann, Borucki y Pollard, 2000).

Como se mencionó, existen dos tipos de virus: el VIH 1 y el VIH 2. El primero está diseminado por todo el mundo y el segundo prevalece en África Occidental (Daudel y Montagnier, 2008).

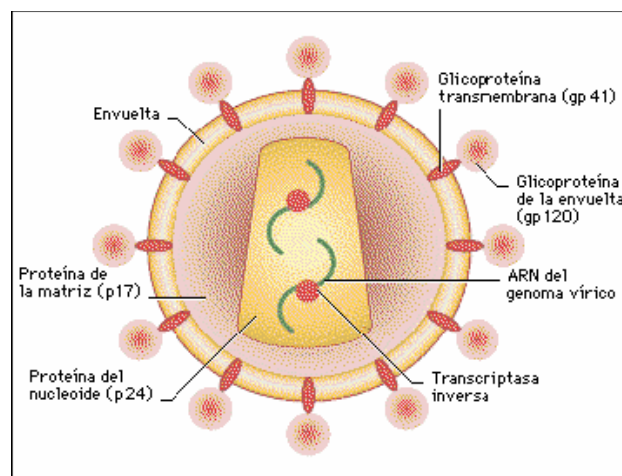
El VIH 1 se clasifica en tres grupos, M (principal), O (atípico) y N (no M, no O). La mayor parte de las infecciones por VIH 1 en el mundo son del grupo M que a su vez se subdivide en 11 grupos designados con una letra (A, B, C, etc.).

El VIH 2 se subdivide en los subtipos A y B aunque recientemente se identificaron los subtipos C y E. Esta variabilidad genética del VIH hace difícil el desarrollo de una vacuna que lo elimine.

El VIH está constituido por una cápsula externa en la que funciona una cobertura que protege el núcleo, donde se encuentra el código genético conformado por más de una decena de genes. Estos genes son los responsables de codificar las proteínas que el virus requiere para la cobertura de su núcleo.

El VIH se estructura con una envoltura exterior lipídica parecida a la membrana de las células que contiene las proteínas gp120 y gp41; una cápside (core) o coraza interior con las proteínas estructurales p24 y p17 que le dan forma y protección al núcleo del virus; y un núcleo que contiene el material genético del virus en forma de dos cadenas o hileras de ARN y tres enzimas o proteínas especializadas en la reproducción del virus dentro de las células infectadas, a saber la transcriptasa inversa, la integrasa y la proteasa. (Ver figura 1).

Figura 1. Estructura del VIH.



## 2.1.2 EL SISTEMA INMUNOLÓGICO.

La función del sistema inmunológico es identificar todo aquello extraño a nuestro cuerpo, destruirlo y desarrollar una memoria que le permita eventualmente reconocer dichos elementos para que no afecten las funciones del cuerpo.

Los principales actores del sistema inmunológico son los linfocitos producidos en los ganglios linfáticos (la linfa) y que posteriormente pasan a la sangre, se dividen en linfocitos T (clasificados como CD4 y CD8) y linfocitos B que son los que desarrollan anticuerpos; y los macrófagos que son células especializadas en fagocitar parte de los organismos, sustancias o elementos extraños que ingresan al cuerpo, los restos de estos cuerpos extraños emergen en la superficie de los macrófagos como antígenos (del griego “*que genera oposición*”) los cuales son reconocidos por los linfocitos B cuya función es desarrollar anticuerpos (o inmunoglobulinas) que marcan o neutralizan a los cuerpos extraños junto a la acciones de los linfocitos CD4.

Cuando los CD4 detectan los anticuerpos, se activan y emiten sustancias químicas que estimulan la actividad de los macrófagos para multiplicarse y aumentar el ritmo de destrucción de los cuerpos extraños; hacen que los linfocitos B eleven la producción de anticuerpos para continuar estimulando a los linfocitos CD4; y estimula a los linfocitos CD8 para que actúen como células citotóxicas que intoxican a las células infectadas o inválidas por causa del cuerpo extraño, destruyéndolas e impidiendo que sigan siendo utilizadas para la reproducción incontrolada del agente extraño.

Cuando el VIH ingresa al organismo por alguno de los mecanismos de transmisión, llega a través de la corriente sanguínea a las células linfoides, principalmente a los linfocitos T CD4 y los macrófagos desencadenando una serie de procesos muy complejos con la finalidad de que el virus ingrese a las células y utilice sus mecanismos bioquímicos para replicarse y dar lugar a nuevos virus.

Lo primero que hace el virus para ingresar a la célula es fusionar su membrana viral con la celular a través de por lo menos dos tipos de receptores. El receptor común a todos los VIH es una proteína localizada

en la superficie de la célula huésped llamada molécula CD4 (no confundir con linfocito CD4). Las principales células que poseen ésta molécula son los linfocitos y los monocitos-macrófagos (CD4+). Al entrar en contacto la proteína de la envoltura del virus (gp120) con los receptores, se fusionan las membranas por la acción del gen gp41, permitiendo el ingreso de la nucleocápside del virus y liberar su genoma (Pardo, 1998).

Al ingresar el virus a la célula comienza su replicación por transcripción inversa mediante la transcriptasa inversa del virión para formar la primera cadena de ADN a partir del ARN viral. Para complementar la segunda cadena de ADN se requiere la acción de la ribonucleasa H. La integración de este genoma al ADN celular se logra por medio de la integrasa viral, sin embargo la copia del material genético del VIH como ADN puede permanecer almacenada en estado de latencia en el citoplasma de la célula e irse integrando a sus cromosomas con el paso del tiempo, esto dependerá del estado de activación celular y de los factores del VIH.

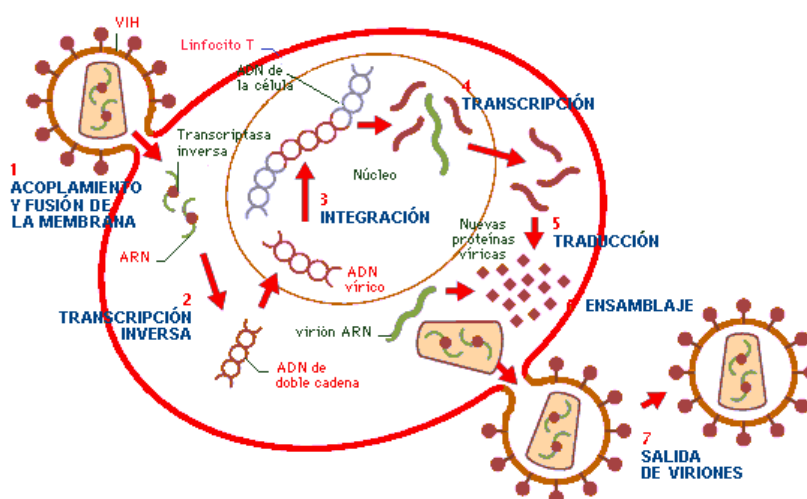


Fig. 2 Ciclo vital del VIH.

Una vez integrado en el material genético de la célula el provirus puede permanecer latente, si no producir alteraciones patológicas o comenzar a multiplicarse de forma controlada o masiva ocasionando

efectos citopáticos. El NF- $\kappa$ B es el principal factor que regula la transcripción del VIH en estado de latencia a una nueva transcripción, es decir, conduce a la célula a la expresión del genoma viral sintetizando el ARN del virus a partir del ADN proviral integrado en la célula.

El ensamblaje del ARN sintetizado se fusiona con la cápside en la membrana celular donde entran en acción las proteínas p17 y gp41. La división de las proteínas de la cápside se produce a partir de las poliproteínas, sintetizándose en el retículo endoplasmático de la célula huésped a partir de la gp160, la cual es dividida en el aparato de Golgi por una proteasa para producir gp120 y gp41 antes de transportarse a la superficie de la célula.

El nuevo virión ya listo se compone de una membrana con las proteínas virales gp120 y gp41, varias proteínas celulares, una cápside con ARN viral, transcriptasa inversa e integrasa con la capacidad de infectar otras células. Al estallar la célula huésped, las copias nuevas del virus buscan otras células para replicarse (ver figura 2).

Las enfermedades infecciosas son causadas por un agente o elemento exterior al organismo y se dividen en:

1.- Agentes infecciosos que son contagiosos: son aquellos que cumplen parte de su ciclo de vida fuera del cuerpo humano, son capaces de sobrevivir en el medio ambiente o dentro de un animal portador, donde cumplen parte de su ciclo vital. Se contagia a través del medio ambiente, los alimentos o animales infectados.

2.- Agentes infecciosos que son transmisibles: son aquellos que cumplen todo su ciclo de vida en el interior de un organismo y sólo se transmiten por contacto directo con el cuerpo de otra persona a través de un intercambio de fluidos o del contacto de fluidos con las mucosas de



una persona sana con una persona infectada. Los agentes infecciosos transmisibles sobreviven pocos minutos fuera del cuerpo y no se infectan a través del medio ambiente, los alimentos o animales portadores.

El VIH es un agente infeccioso transmisible pero no contagioso. Se encuentra presente en los fluidos internos y externos de una persona infectada. Los fluidos con alta concentración de carga viral capaz de producir la infección son la sangre, el semen, el flujo vaginal, la leche materna, el líquido cefalorraquídeo, el líquido amniótico, el líquido pleural, sinovial, peritoneal y pericárdico.

Para que la infección sea posible, se requiere una persona que esté infectada con el virus para transmitirlo, una cantidad mínima del virus suficiente para producir la infección y que el virus penetre al organismo para llegar al torrente sanguíneo donde comenzará a replicarse e iniciar el proceso infeccioso.

El VIH se transmite por vía sanguínea, sexual y perinatal. La transmisión sanguínea ocurre cuando la sangre de una persona infectada entra en el torrente sanguíneo de una persona no infectada, como en las transfusiones de sangre o hemoderivados contaminados con el VIH o cuando se comparten jeringas.

La transmisión por vía sexual ocurre cuando hay contacto de fluidos (sangre, semen, fluido vaginal, leche materna) con las mucosas de la vagina, el ano, la uretra o la boca. Las mucosas son tejidos frágiles y con numerosos vasos sanguíneos que recubren las cavidades del cuerpo abiertas al exterior, generalmente presentan lesiones y favorecen el ingreso del virus.

Las formas de transmisión sexual del VIH incluyen el coito vaginal, cuando el semen contaminado está en contacto con la vagina o cuando el

flujo vaginal infectado entra en contacto con la mucosa de la uretra del pene; el coito anal, cuando el semen infectado está en contacto con la mucosa del ano del hombre o de la mujer penetrados, debido a que ésta mucosa es más frágil y vascularizada. También ocurre cuando el hombre que penetra analmente expone la mucosa de la uretra con el moco anal ya que durante la penetración ocurren desgarramientos y sangrado; las prácticas sexuales bucogenitales, cuando el semen o el flujo vaginal está en contacto con la boca o la garganta, esto puede ocurrir al practicar fellatio (estimulación oral del pene) o durante el cunnilingus (estimulación oral con la vagina).

La transmisión de madre a hijo(a), también conocida como infección vertical o perinatal, ocurre durante el embarazo (intraútero), durante el parto (intraparto) o durante la lactancia materna.

Debido a que no existe vacuna que cure la infección con VIH, existen distintas formas de prevención para los tres tipos de transmisión. Para la vía sexual se recomienda la abstinencia sexual (suspender las relaciones sexuales); practicar el sexo seguro (besos, caricias, abrazos, masturbación y/o eyaculación sobre la piel sana) y practicar el sexo protegido a través de algún método de barrera como los condones masculinos o femeninos, ya que estos impiden el contacto directo con los fluidos corporales (Secretaría de Salud, 2008).

Para la vía sanguínea se recomienda utilizar sangre y hemoderivados previamente analizados y libres de agentes causales de infecciones de transmisión sexual; utilizar agujas o jeringas nuevas y emplear guantes de látex o poliuretano cuando se maneje sangre o secreciones corporales. Y finalmente para la vía perinatal, se alienta a las mujeres a realizarse la prueba de detección del VIH para que, en caso de infección, se comience a recibir la terapia antirretroviral.

Una vez que se presenta la infección inicial, aparece un síndrome viral agudo caracterizado por cefaleas, dolores musculares, faringitis, linfadenopatía generalizada (inflamación de los ganglios) y erupciones cutáneas en el tronco del cuerpo, síntomas parecidos al catarro común. Aparece entre una a cuatro semanas después de la infección inicial y durante este lapso de tiempo hay una replicación vírica rápida (Muma et al, 2000).

A la infección aguda le sigue un periodo de latencia clínica en la cual no hay signos o síntomas relacionados al VIH (fase asintomática) que se puede extender hasta por diez años. Durante este periodo hay una destrucción continua de células CD4+ ya que el VIH continúa replicándose.

Una vez que el sistema inmune disminuye, aparecen los signos prodrómicos (síntomas generales), luego los signos declarados (síntomas específicos como la neumonía por *P. carinii*) y más tarde los signos de SIDA como las neoplasias, encefalopatías y el síndrome caquético (pérdida de peso y fatiga). Las enfermedades oportunistas son aquellas que aparecen cuando la cantidad de células CD4+ están por debajo de 200, es decir, cuando el sistema inmune observa un aumento de la carga viral y el número, activación y eficacia de los linfocitos y macrófagos se debilitan, lo cual marca el inicio de la fase de SIDA. Las manifestaciones clínicas de la etapa terminal se presentan cuando la cifra absoluta de células CD4+ es menor de 50.

Cabe señalar que existe una interacción entre la infección temprana de VIH con otras infecciones de transmisión sexual, y a que actúan como cofactores de la transmisión, y se estima que esta interacción explica el 40% de casos de infección con VIH (Secretaría de Salud, 2008).

### 2.1.3 PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS DEL VIH.

La presencia del VIH en el organismo se puede determinar por:

**1.-Métodos Directos:** detectan la presencia del antígeno dentro de las seis primeras semanas de ocurrida la exposición de riesgo. Estas son:

Antígeno P24: consiste en determinar la existencia de esta proteína que forma parte del centro de la estructura del virus, ésta aparece en cantidades elevadas durante las primeras semanas a partir de la exposición de riesgo y su presencia. Su detección es pronóstico de la infección.

Reacción de Cadena Polimerasa ( PCR): consiste en amplificar fracciones de las cadenas de ARN o ADN del virus empleando cepas de *Escherichia Coli* para medir la cantidad de carga viral de VIH en el organismo en las primeras semanas de la infección, mucho antes de que se produzcan los anticuerpos.

Carga viral o velocímetro del VIH: esta prueba indica el número de copias del VIH por milímetro en la sangre y el grado de actividad en el organismo. Se emplea para decidir el inicio de la terapia antirretroviral, analizar la efectividad del tratamiento y la resistencia del virus a los medicamentos.

Conteo de CD4: se trata de contar el número de linfocitos CD4 por milímetro cúbico sanguíneo (lo normal es entre 1, 350 a 1, 100), para determinar el estado del sistema inmunológico y la velocidad con la que progresa la enfermedad.

Beta-2 microglobulina: esta prueba mide la cantidad de este antígeno en las células que el VIH ha infectado o destruido, su alta concentración se relaciona con la magnitud de la enfermedad en el organismo.

**2- Métodos indirectos:** son pruebas de tamizaje altamente sensibles que detectan la presencia de anticuerpos (también conocidas como pruebas presuntivas) y se aplican las siguientes seis semanas posteriores a la exposición al riesgo.

Ensayo por inmunoadsorción ligado a enzimas (del inglés Enzyme-Linked Immunosorbent Assay, ELISA): es una prueba muy sensible para detectar los anticuerpos creados por el organismo ante la presencia del virus. Identifica las partículas virales de la superficie de la capa (o CORE) y del núcleo del virus. Por su simplicidad, rapidez, eficacia (tiene mayor predicción a los tres meses de la exposición de riesgo) y bajo costo es la más utilizada. Todo resultado positivo se confirma mediante la prueba Western Blot.

Pruebas rápidas: son pruebas que no requieren de equipos especiales ni personal altamente capacitado y cuya eficacia es equiparable al de ELISA, los resultados se obtienen generalmente entre cinco y quince minutos. Para garantizar la eficacia de estas pruebas se debe tomar en cuenta la fecha de vencimiento de los reactivos, tener capacitación técnica, seguir las instrucciones del fabricante y hacer una interpretación correcta de los resultados.

En la aplicación de las pruebas de detección de anticuerpos del VIH, es importante considerar el periodo de ventana del organismo ya que este podría influir en el resultado pues aún no se crean las cantidades suficientes de anticuerpos que confirmen la existencia de la infección. En este caso hay que dejar pasar tiempo entre el momento en que la persona estima haber tenido su última práctica de riesgo y la aplicación

de la prueba. La OMS establece que este periodo tiene una duración de tres meses.

## 2.2 ASPECTOS SOCIALES DEL VIH-SIDA.



Los medios de comunicación y el VIH-SIDA en México.

En 1988 Rosemerbg decía: “Cada enfermedad, en tanto fenómeno social, es una configuración única de eventos y respuestas tanto en la esfera biológica como en la social.” (En Bronfman, Leyva y Negroni, 1999).

La aparición de enfermedades desconocidas en las sociedades, propició en las culturas occidentales el surgimiento de la categoría cultural de la peste, que implicó el cuestionamiento al poder político en su función de coordinador de las acciones contra la amenaza; y un cuestionamiento a la capacidad de la sociedad en su conjunto para sobreponerse a lo que desconoce ( Sepúlveda, Bronfman, Ruiz, Stanislawski y Valdespino, 1989).

En un breve análisis histórico de la peste (Sepúlveda et al, 1989), encontramos que en la Antigüedad Clásica la peste se explicaba como el castigo a un pueblo o nación enviado por una divinidad ofendida. Con el transcurso de los años los primeros autores cristianos atribuyeron a la enfermedad un carácter ambiguo: era al mismo tiempo un castigo y una advertencia que involucraba al cuerpo y el alma del enfermo. El castigo al cuerpo advertía al alma de los peligros de la condenación eterna, el dolor y el sufrimiento representaban la oportunidad del creyente para expiar o purgar sus culpas. Sin embargo la forma en que la peste escogía a sus víctimas era absurda y arbitraria, el contagio individual no tenía relación con la conducta o la culpa individuales, esto favoreció una multiplicidad de explicaciones en torno a la etiología de las enfermedades, éstas podían ser transmitidas por seres sobrenaturales, los vientos, la tierra, el agua, los vestidos, los animales, las miradas, los humores, efluvios, miasmas, fermentaciones, exhalaciones pútridas e incluso los fenómenos astrológicos, climáticos y telúricos.



Epidemia de varicela. Fuente: Códice Ramírez.

Siendo las enfermedades de origen divino, correspondió a la iglesia la responsabilidad de organizar a la población para que en colectivo se buscara sosegar la ira de Dios, se prescribieron acciones individuales como la caridad y la piedad; y colectivas como misas, novenarios, rogativas, la búsqueda de santos intercesores, pero también el financiamiento a hospitales, cofradías y juntas de caridad. Fue la iglesia quien contó con el apoyo colectivo por encima de los poderes civiles (opus cit).

A mediados del siglo XVIII con la desacralización de la enfermedad y la muerte, la peste incentivó a las autoridades para instrumentar medidas higiénicas, de asistencia social, financiera, administrativa, de investigación y capacitación de personal. La peste se comenzó a abordar con acciones humanas racionales y organizadas.



Las pandemias en los últimos dos siglos como el de influenza AH1N1, despiertan en la sociedad el miedo excesivo al contagio, crean diversas explicaciones etiológicas de la enfermedad y alientan la segregación equiparable a las reacciones de las pestes medievales.

Al plantear a la enfermedad como castigo a la conducta inmoral de un grupo, emergió la definición de “normalidad” y se alentó conductas antisociales de la población con la intención de marginar a los grupos considerados culpables y transmisores del mal. Para controlar la peste bastaba con aislar a los “apestados” en lazaretos y esperar su muerte,



pero en otras ocasiones, como se señala Sontang (2003), estimuló la búsqueda de chivos expiatorios, masacres y cacerías de brujas.

En el caso del VIH-SIDA, la desinformación en torno a la nueva enfermedad, su letalidad, el miedo, la incertidumbre y la ansiedad dispararon mecanismos irracionales semejantes a los que despertaba la peste, por medio de los cuales toda la inseguridad social al momento de la irrupción de la pandemia se concentró en la búsqueda de culpables agudizando los prejuicios preexistentes. En este caso los homosexuales, haitianos y africanos se convirtieron en los nuevos chivos expiatorios en quienes se depositó el estigma de la enfermedad (Sepúlveda et al, 1989).

Incluso la práctica médica reforzó estos prejuicios a través de la epidemiología, debido a que los primeros casos reportados de la nueva enfermedad se trataban de hombres jóvenes, de alrededor de 30 años de edad y homosexuales, se atribuyó la enfermedad a algún aspecto relacionado con la orientación sexual (Galván, 1988) y se bautizó a la enfermedad como Gay Related Immunodeficiency o GRID (Inmunodeficiencia relacionada con la homosexualidad). Al poco tiempo se comenzaron a reportar casos nuevos en usuarias(as) de drogas inyectables, hemofílicos(as), afroamericanos(as) y trabajadoras(es) sexuales. Con estas incipientes evidencias clínicas y probabilísticas, se acuñó el término moralizante de “grupos de riesgo”, convirtiendo el análisis epidemiológico (estadístico y probabilístico) de la infección en un parámetro normativo, dando lugar a la identificación de grupos percibidos socialmente como peligrosos y en riesgo debido a sus conductas, lo cual propició el estigma y la discriminación, pero también postergó el análisis de la epidemia a partir de sus componentes estructurales de salud pública (Hernández-Rosete, Sánchez, Pelcastre y Juárez, 2005).

Con el aislamiento del VIH en laboratorios como agente causal del SIDA, se comenzó a prestar atención a la capacidad infecciosa del virus a

través de los fluidos corporales y se comenzó a hablar de prácticas de riesgo (apelando a la libertad de elección del sujeto) y posteriormente de contextos de riesgo (el contexto social en el que ocurre el proceso), introduciendo un nuevo grupo estigmatizado: los migrantes.

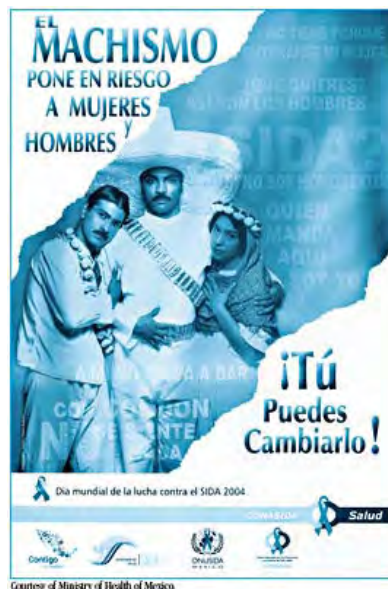
Cabe señalar que actualmente se considera necesario analizar cómo se propaga la epidemia desde el fenómeno de la vulnerabilidad, es decir tomando en cuenta el contexto histórico, sociocultural, político y económico que junto con la identidad e historia de vida de las personas, las coloca en situaciones que limitan la capacidad para prevenir y responder ante la infección por HIV-SIDA (Hernández-Rosete, et al. 2005). El avance de la epidemia se relaciona con la pobreza, la exclusión social, el estigma, la discriminación, la inequidad de género, la homofobia y la falta de educación sexual (Secretaría de Salud, 2008).

El concepto de vulnerabilidad social se refiere a la desprotección en la que se encuentra un grupo de personas frente a un potencial daño a su salud o amenazas en la satisfacción de sus necesidades básicas y al respeto de sus derechos humanos, debido a que poseen menos recursos económicos, sociales y legales en comparación a otros estratos sociales, es decir, la vulnerabilidad sirve como indicador de la inequidad y las desigualdades sociales (Bronfman et al, 2004).

En el caso de México, el VIH-SIDA apareció en un contexto de crisis económica y de cambio de política económica desprotegiendo a los sectores vulnerables. La reacción inicial de las autoridades sanitarias fue de escepticismo, negando la posibilidad de que dicha enfermedad se convirtiera en una amenaza para la salud pública (Salinas, 2008).

Por recomendaciones emitidas por la OMS y por las presiones ejercidas por las organizaciones civiles de disidencia sexual, entre 1984 y 1986 se iniciaron las primeras respuestas gubernamentales, tales como la

vigilancia epidemiológica (1984), la realización de pruebas de detección del VIH (1985), la creación en 1986 del Comité Nacional para la Investigación y Control del SIDA y las modificaciones a la Ley General de Salud (1986-1987) que regularon el uso médico de la sangre y sus derivados, entre otros aspectos (Salinas, 2008). En 1987 se pusieron en marcha las primeras campañas de prevención (como la del Sector Salud con iconografía gay) y se comenzaron a promover los servicios de detección y consejería, creando una red nacional de laboratorios de detección del VIH y abriendo el primer centro telefónico de información y orientación sobre VIH-SIDA e ITS, el TELSIDA. En 1988 se creó el Consejo Nacional para la Prevención y Control de VIH-SIDA (CONASIDA), órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud cuya finalidad era coordinar las respuestas sectoriales frente a la epidemia y sus homólogos en los estados, los COESIDAS (Magis, Barrientos y Bertozzi, 2006).



Campaña preventiva del CESNIDA, 2004.

En 1993 se publicó la Norma Oficial Mexicana de Sangre (NOM-003-SSA2-1993) y en 1995 la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control del VIH misma que fue modificada en el 2000 para incorporar los

avances científicos y los cambios de leyes (Magis et al, 2006). En el 2001 en pleno auge de descentralización, el CONASIDA se consolidó como institución normativa en VIH y se integró a la SSA. En ese mismo año se creó el Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH-SIDA (CENSIDA).

En los medios masivos de comunicación mexicanos comenzó a fluir la información en torno a la nueva enfermedad, principalmente la obtenida del vecino país del norte, una combinación de gacetas de divulgación científica y la notoriosa (Galván, 1988), prevaleciendo el estigma y la discriminación a los homosexuales, trabajadores(as) del sexo y usuarios(as) de drogas inyectables, quienes fueron objeto de bromas, escarnio y linchamiento, descargando en ellos(as) toda la responsabilidad de la epidemia.

Los medios de comunicación se refirieron a la nueva enfermedad como la plaga gay, el cáncer rosa o la peste lila. Carlos Monsiváis (en Galván, 1988) menciona que en algunas zonas de la ciudad de México se pegaban volantes con la siguiente información: *“Atención, cúidese de contraer el mal (SIDA). El que lo transmite y contagia en un 100% es todo hombre homosexual, operados, maricones o bisexuales. ¡Áislese de estas personas! No use el mismo sanitario. No hable cerca de ellos. Se recomienda que los sanitarios sean aseados tres o cuatro veces al día por ellos mismos para evitar que otras personas se contagien al limpiarlos”*.

El amarillismo, la tergiversación de la realidad, la creación de mitos y miedos eran una constante en el manejo mediático inicial del VIH-SIDA pero la persecución, las redadas y las torturas fueron las reacciones de linchamiento de los gobiernos al interior del país contra la población LGTBTTI, a las PVV y los primeros activistas (opus cit). Rico, Panebianco y Del Río (1995) mencionan que en materia de derechos humanos de las PVV se intensificaron algunas medidas coercitivas como la aplicación de

pruebas de detección obligatorias y sin consentimiento así como el aislamiento mediante obsoletas cuarentenas o la negación de la atención, el rechazo y los malos tratos de algunos profesionales de la salud. En otros casos se han negado el derecho a la educación, el derecho a obtener una vivienda, se han negado servicios fúnebres, se han rechazado solicitudes de empleo o se ha perdido el mismo, se ha divulgado indiscriminadamente los resultados positivos de las pruebas de detección, entre otras muchas violaciones a los derechos humanos.

Estas manifestaciones sociales de estigmas, sentimientos de rechazo, exclusión, miedo al contagio y a la muerte son el producto de la interacción de los grupos sociales con algún tipo de información que impacta su subjetividad e información que es construida socialmente y a la que algunos teóricos como Denise Jodelet (en Araya, 2002) llaman “sentido común”, es decir, la información científica es interpretada y adaptada al marco cultural al que se pertenece.

Los grupos recurren a explicaciones basadas en mitos y creencias para darle sentido y explicar lo desconocido. Para intentar comprender la forma en que las personas se refieren a los objetos sociales, los clasifican, explican y evalúan Serge Moscovici (en Flores y Leyva, 2003) en la década de los sesenta desarrolló la teoría de las representaciones sociales a partir de nociones sociológicas de la psicología. Este novedoso enfoque hace énfasis en lo colectivo y en la comprensión de la realidad social a partir de su construcción social.

Denise Jodelet define las representaciones sociales como: *...” la manera en que nosotros sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras el conocimiento “espontáneo”, ingenuo (...) que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural por oposición al*

*pensamiento científico. Este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. De este modo, ese conocimiento es en muchos aspectos un **conocimiento socialmente elaborado y compartido**. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, etc.”* (En Araya, 2002. negritas en el original).

El análisis de los componentes de las representaciones sociales, como la afectividad, los procesos ideológicos, las actitudes, las creencias, el sentido común y diversas valoraciones frente a un objeto nos permite conocer la lógica subjetiva con la que se traduce el conocimiento que se tiene de un fenómeno, en una conducta.

En un estudio sobre la representación social del SIDA en estudiantes de la ciudad de México (Flores y Leyva, 2003), ella y la autora encontraron que el hecho de haber viciado en el discurso médico hegemónico y en los medios de comunicación al SIDA con la homosexualidad, la toxicomanía y el trabajo sexual, contribuyó a relacionar el fenómeno con el otro, es decir con los denominados “grupos de riesgo”, muy distantes del yo, lo cual representa una interpretación de la realidad y por consiguiente refleja los estilos de comportamiento frente al VIH-SIDA sin ser necesariamente una causalidad lineal mecanicista.

En la representación social del SIDA de los jóvenes entrevistados apareció figurativamente el trinomio enfermedad-muerte-sexo, resultado de un modelamiento histórico del fenómeno, en el que se identificó la

activación de estigmas hacia grupos socialmente marginales, e l uso circunstancial d el c ondón c omo medida pr eventiva y emociones encubiertas de miedo (opus cit).

Los estigmas están ligados a la producción y reproducción de las relaciones de poder al interior de las sociedades jerárquicas. Su función consiste en crear desigualdad social, su bvalorar a algunos grupos en base a l a percepción de ciertas características que son definidas como indignas en determinadas culturas. E l estigma es prerrequisito para la discriminación.

El estigma tiene consecuencias psicológicas en las personas, afecta su autoestima, l a forma en que se perciben a sí mismas y las conduce a la depresión, la desesperación, los sentimientos de vergüenza e incrementa la vulnerabilidad (Luna, Morrison y Cruz, 2004). El proceso de estigmatización tiene la finalidad de marcar una distinción entre las personas que da lugar a un trato parcial e injusto por pertenecer o por ser percibido(a) p erteneiente a un grupo e n particular. Los estigmas relacionados con el VIH se construyen en base a concepciones que se evalúan como negativas y reprobadas socialmente, como por ejemplo el uso de drogas ilícitas o la orientación sexual distinta a la heterocentrista.

Dichas concepciones negativas con frecuencia conducen a los sujetos a hacer cosas o dejar de hacer cosas que les perjudica y que perjudican a otros o bien el estigma provoca que se les nieguen servicios y derechos.

En el caso de la prevención de l VIH, los estigmas en ocasiones hacen que las personas teman averiguar si están o no infectadas, debido a la connotación negativa que hemos expuesto en torno a los significados sociales de ser portador(a) del VIH y al miedo a las reacciones del grupo

social a l q ue se pe rtenece en ca so de u n r esultado positivo en las pruebas de detección (Luna, Morrison y Cruz, 2004).

La di scriminación por VIH toma di stintas f ormas. P anebianco (2002) las clasifica de la siguiente manera:

#### Discriminación del Estado.

Legislación discriminatoria.	Detección obligatoria del VIH. Presuntas medidas de precaución. Viajes internacionales. Medidas coercitivas. Enfermedad especial o peligrosa. Certificado de defunción. <sup>1</sup>
Discriminación por autoridades.	Violación de la confidencialidad. Persecución a “presuntos” Detección obligatoria del VIH. Negación de servicios diversos. Detención arbitraria.
Discriminación por autoridades sanitarias.	Negación de atención médica. Detección obligatoria del VIH. Violación de la confidencialidad. Persecución epidemiológica Falta de capacitación del personal. Aislamiento impropio. Estigmatización e n ca mpañ as preventivas. Exposición a infección por sangre y hemoderivados. Falta de m edicamentos antiretrovirales.

<sup>1</sup> La Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH señala que el acta de defunción expedida por el Registro Civil debe anotar como causal de muerte la que en el certificado de defunción exprese como causa primaria.



Discriminación en organismos privados.

Medio laboral.	Detección obligatoria del VIH. Violación de la confidencialidad Despido por seropositividad.
Aseguradoras.	Detección obligatoria. Negatividad de indemnización.
Medios de comunicación.	Estigmatización de personas. Distorsión de la información. Reforzamiento de prejuicios.
Instituciones educativas.	Detección obligatoria. Expulsión de PVV.
Funerarias.	Negación de servicios. Cremación obligatoria. Cobro de tarifas excesivas.

Discriminación en la comunidad y la familia.

Rechazo de vecinos.	
Muerte social.	Abandono por parte de los familiares. Desprotección de huérfanos. Pérdida de la vivienda. Hostigamiento. Segregación. Agresión física directa. Expulsión del medio social.

Uno de los mayores logros para resistir a la discriminación ha sido la reforma constitucional en 2001 que introdujo una cláusula antidiscriminatoria en el primer artículo de la Carta Magna. Para el año de 2003, se aprobó la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación

y se puso en funcionamiento el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED). Dicha ley representa un marco de defensa de la dignidad de las personas y expresa los contenidos más sustanciosos de instrumentos internacionales en contra de la discriminación (Rodríguez, 2004).

### **2.2.1 LA RESPUESTA DE LAS ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL.**

Los primeros esfuerzos de resistencia contra la discriminación por VIH-SIDA en México provinieron del valeroso trabajo de personas sensibilizadas frente a la enfermedad y de las organizaciones de la sociedad civil (OSC) con trabajo en diversidad sexual (Salinas, 2008) mismas que contribuyeron a presionar a la pasiva e indiferente administración pública para que tomaran cartas en el asunto.

Las OSC fueron las primeras en responder en prevención, información, atención, tratamiento, cuidado y defensa de las PVV. Su respuesta se caracterizó por el voluntarismo, una enorme entrega, entusiasmo y sacrificio pero también por el ensayo y error, la improvisación, la ausencia de planeación y de recursos, los reclamos internos y contra el gobierno (Hernández, 1995).

Panebianco (2002) identifica cuatro etapas en la respuesta de las organizaciones civiles frente a la discriminación por VIH-SIDA. La primera se caracterizó por el inicio de las primeras actividades de prevención de la enfermedad en los espacios de socialización homosexual, de lucha contra la estigmatización de las PVV y la denuncia contra el silencio institucionalizado traducido en la ausencia de acciones gubernamentales. Cronológicamente esta etapa abarca desde la aparición del primer caso de VIH-SIDA en 1983 hasta la creación del CONASIDA en 1988.



Frente nacional de liberación homosexual.

Fuente: Galván, Díaz Francisco. (1988) El SIDA en México: los efectos sociales.

La segunda etapa se caracterizó por el crecimiento de la respuesta, el surgimiento desde 1989 de organizaciones no gubernamentales (ONG) ligadas principalmente a la defensa de los derechos de las PVV y orientadas fundamentalmente a incidir en las políticas gubernamentales, incluso colaborando con el CONASIDA. En este periodo se comenzó a publicar en el periódico La Nación el suplemento Sociedad y SIDA como principal instrumento de presión política y denuncia social, antecedente de lo que más tarde sería el actual suplemento Letra S publicación mensual del diario La Jornada. En aquellos años aparecieron los primeros medicamentos que aumentaban considerablemente los años de sobrevivencia (sin éstos el promedio era de tres) y fueron introducidos en México en 1991. Otro logro significativo fue la Declaración de los Derechos de las personas que viven con el VIH o con SIDA.

En la tercera etapa desaparecieron varias organizaciones debido a la crisis organizativa y financiera y a la cooptación del Estado, algunas se

reciclaron y se reagruparon manteniendo el trabajo en VIH-SIDA. Surgieron las primeras organizaciones de PUV, los primeros medicamentos inhibidores de proteasa y se logró el acceso a los medicamentos antirretrovirales para los derechohabientes del IMSS y el ISSSTE.

En la etapa actual, las organizaciones civiles se caracterizan por el trabajo en redes, lo cual ha fortalecido un movimiento social que continúa resistiendo, que se relaciona de nuevas maneras con el Estado así como con instituciones privadas y que en base de mirar hacia atrás, ha sabido aprender de los fracasos y utilizar la creatividad, empleando nuevas herramientas políticas, técnicas y organizativas.

Un aspecto importante a señalar, es que de acuerdo con el diagnóstico y agenda ciudadana de incidencia en políticas públicas para el estado de Hidalgo (2006) elaborado por la Fundación Voces y Rostros, en esta entidad federativa la presencia de la sociedad civil organizada es poco numerosa y existen regiones y municipios donde ésta no existe. La mayoría se caracteriza por realizar un trabajo disperso, sin financiamiento y con un deficiente manejo del capital humano, nula articulación entre sí y por consiguiente sin capacidad de interlocución con las instancias gubernamentales y sin incidencia en las políticas públicas. Destaca por su consolidación una organización civil constituida en el año 2000 en la capital del estado y a nivel local dos OSC en la ciudad de Huejutla que trabajaron el tema inicialmente pero que se dejó de abordar debido a la falta de financiamiento y a las prioridades de sus agendas de trabajo.

## 2.2.2 LA RESPUESTA INSTITUCIONAL.

En México, la Secretaría de Salud es el órgano rector encargado de dictar y normar las actividades dirigidas a la población para prevenir, atender y controlar el VIH y las ITS (Secretaría de Salud, 2008).

En la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, para la prevención y control de la infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana se encuentran los principios y criterios de operación del Sistema Nacional de Salud, de carácter obligatorio, para la prevención y atención del VIH-SIDA. Las autoridades responsables para hacer cumplir esta norma son el CENSIDA y los programas estatales de prevención y control del VIH-SIDA (Secretaría de Salud, 2008). Desafortunadamente esta norma carece de un sistema de sanciones, lo que ocasiona violaciones impunes en instituciones privadas de salud y empresas, en las que se hace detección obligatoria, se viola la confidencialidad, se niega la atención y otros servicios. Debido a que una norma es el nivel normativo inferior de la pirámide jurídica, se ha buscado impactar en la legislación de nivel superior a fin de definir sanciones a los servidores públicos y particulares que violentan la norma (Panebianco, 2002).

En el inciso 6.3.5 de dicha norma, se menciona que la aplicación de las pruebas de detección de VIH debe realizarse regidas por los criterios de consentimiento informado y confidencialidad. En lo que se refiere a la entrega de los resultados derivados de las pruebas, el inciso 6.4 señala que deben ser entregados en forma individual y por personal capacitado. Ambas prescripciones representan un esfuerzo institucional por preservar el respeto a los derechos humanos y la dignidad de las personas. En lo referente a la confidencialidad, una precisión técnica que a menudo se omite es que la consejería en torno al VIH debe proporcionarse en un espacio físico sin interrupciones, privado y que garantice la confidencialidad.

El artículo 6.5 señala: *“las instituciones del Sector Salud deben ofrecer el servicio de consejería o apoyo emocional a toda persona a quien se entregue un resultado positivo, con objeto de disminuir el impacto psicológico de la notificación en el individuo afectado, y favorecer su adaptación a la nueva situación”* (Diario Oficial de la Nación, 2000).

Otros recursos jurídicos relacionados con la pandemia de VIH-SIDA son: Los artículos 1º y 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, los artículos 2 y 3 fracción XVII Y XXXIV de la Ley General de Salud, el artículo 4 de la Ley Federal para prevenir y eliminar la discriminación., el Reglamento Interno de la Secretaría de Salud, la Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2000 para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual (Secretaría de Salud, 2008).

Otras Normas Oficiales Mexicanas complementarias (opus cit) incluyen la Norma Oficial del Expediente Clínico (NOM-168-SSA2-1998), la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005-SSA2-1993), la Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido (NOM-007-SSA2-1993), la Norma Oficial Mexicana para la Prestación de los servicios de salud y los Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar (NOM-190-SSA1-1999).

En el sexenio pasado se creó un nuevo modelo de atención integral que concentra en un mismo espacio las actividades de prevención y atención del VIH-SIDA e ITS, conocidos como Centros Ambulatorios de Prevención y Atención al SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS).

En el estado de Hidalgo, desde 1999 la Secretaría de Salud estatal atendía a PVV y pacientes en fase de SIDA, mediante el entonces creado

Servicio Especializado de Atención que se ofrecía en el Hospital General en la capital del estado. En el 2004 este servicio se trasladó al barrio el Arbolito y para el 2007 se reubicó en el Fraccionamiento Colosio a la vez que se constituía oficialmente como C APASITS, si n embargo no obtendría instalaciones propias hasta su inauguración el 18 de agosto de 2008.

Actualmente cuenta con médicos(as) internistas, infectólogos (as), pediatras, licenciados(as) en farmacia, psicólogos (as), odontólogos (as), trabajadoras (es) sociales y enfermeras (os). Los servicios que brinda son atención médica integral, diagnóstico, tratamiento, seguimiento ambulatorio, prevención primaria y secundaria en salud sexual e infecciones oportunistas, nutrición, psicología, odontología y cuenta con un módulo de información (Patricio y Calva, s-f; Secretaría de Salud de Hidalgo, 2009).

El C APASITS atiende a la población que carece de seguridad social a través de las trece jurisdicciones sanitarias ubicadas en el interior del Estado. Esta institución elabora el diagnóstico, proporciona tratamiento antirretroviral de forma gratuita y da seguimiento ambulatorio a las PVV. Para recibir estos beneficios se requiere afiliarse en la ciudad de Pachuca y acudir regularmente a consulta y al abastecimiento de medicamentos, lo que desafortunadamente significa un serio desgaste físico y económico para las PVV provenientes de localidades de difícil acceso y para el personal médico-sanitario involucrado con esta población.

Desde 1995 entró en funcionamiento una línea telefónica de asesoramiento en VIH denominado SIDATEL, que de acuerdo a Patricio y Calva (s-f) ha funcionado ininterrumpidamente ofreciendo apoyo en crisis emocional, información general sobre VIH y sexualidad de lunes a viernes de 08:00 a. m. a 4:00 p. m. Debido al centralismo que caracteriza a l

estado mexicano, la población principalmente beneficiada ha sido la de la capital del estado y desde el año pasado se ha promovido llevar este servicio a los municipios del interior del estado a través de una clave gratuita 01 800.

### **2.3 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL VIH-SIDA.**

Como se ha descrito anteriormente, el VIH-SIDA históricamente ha tenido una connotación negativa asociada a la conducta sexual “desviada”, a conductas “inmorales” y al consumo de drogas ilícitas. Sumado a esto, las representaciones sociales que vinculan al VIH con la muerte y con una enfermedad larga y dolorosa en la que los y las pacientes son condenados(as) a vivir aislados(as), sumidos(as) en la vergüenza y en la muerte social desalientan a las personas para conocer su estado serológico al virus.

Las personas experimentan estrés, angustia y ansiedad cuando han practicado alguna conducta de riesgo y creen estar infectadas, cuando deciden aplicarse la prueba voluntaria de detección, al esperar los resultados, al momento del diagnóstico de seropositividad, cuando surge la necesidad de comunicarlo a la familia y -o a la pareja, cuando la persona percibe o cree percibir un trato diferenciado por la enfermedad, cuando oye hablar de SIDA y en otras situaciones relacionadas con la progresión de la enfermedad ( Bayés en González, 2004 ).

Otra fuente adicional de afectación emocional se encuentra al momento de hablar con el personal médico-sanitario durante la aplicación de las pruebas de detección de VIH, sobre temas íntimos como las relaciones sexuales, la orientación sexual o las relaciones extramaritales. Como han señalado varios autores, el VIH ha hecho que lo privado se haga público.



Un eventual resultado positivo en las pruebas de detección de los anticuerpos del VIH representa una potencial amenaza para la vida, la integridad física, la identidad, la autoestima y el proyecto de vida (Uribe, 1998). Las personas suelen pensar en la progresión de la enfermedad, en la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales, en las hospitalizaciones, en la posible pérdida del empleo, en el empobrecimiento, en la muerte, en el estigma y la discriminación de la que serían objeto si el grupo social al que pertenecen se enterara de su condición serológica: podrían ser percibidos(as) como homosexuales o promiscuos(as) con todas las significaciones y sanciones sociales que esto conllevan e incluso se les podrían negar servicios y derechos.

El tiempo de asimilación del diagnóstico de las personas al igual que las reacciones psicológicas se relaciona con las diferencias individuales, la historia de vida, los antecedentes de perturbaciones emocionales previas, la existencia de redes de apoyo psicosocial y los mitos sociales en torno a la enfermedad. Entre las reacciones emocionales al diagnóstico destacan la ansiedad, de presión, ira, frustración, culpa, desesperanza, duelo, coraje, tensión, evitación, aislamiento, agresión, ideas suicidas, trastornos del sueño, entre otras (COESIDA Jalisco, 1998).

Los estudios de Kubler-Ross sobre los cambios emocionales que experimentan las personas con enfermedades terminales, le permitió diseñar un modelo de cinco fases (no necesariamente de progresión lineal y muchas veces sobrepuestas), que permite prever las reacciones psicoafectivas de los y las pacientes así como las estrategias para superar el duelo (Lizárraga, 1998).

El modelo incluye la negación, que consiste en anular de la conciencia la noticia negándose a creer, por lo que la persona busca confirmar sus creencias por otras vías; la ira que se caracteriza por la

irritabilidad, la cual puede exteriorizar y depositar en otras personas o bien volcarla al interior de sí mismo; el pacto o negación que aparece cuando personas comienzan a tomar conciencia de la situación y se animan a realizar algunos cambios en algunas esferas de su vida así como en su proyecto de vida pero aún persiste la afectación emocional; la depresión y pena caracterizada por la aparición del llanto y la tristeza, las personas comienzan a poner en orden los asuntos pendientes, se dan cuenta de la realidad del diagnóstico y aparece una sensación de estar en un callejón sin salida del que cree no poder salir. En algunas ocasiones aparecen ideas o actos suicidas; y finalmente la aceptación, cuando las personas recobran el sentido de vivir ajustan sus planes de vida a las características de su nueva condición, comienzan a apropiarse de la información que necesitan para su tratamiento y la mejoría de su calidad de vida.

Tomando como base el modelo de Kubler-Ross, Xabier Lizárraga y Luis Guillermo Juárez (1998) propusieron un continuo psicoafectivo de siete fases para comprender el impacto psicológico del SIDA, el cual se presenta brevemente a continuación:

- 1) Negación: caracterizada por la anulación de las sensaciones y percepciones para hacer distancia del evento.
- 2) Estructuración: en esta fase las personas comienzan a reconocerse (percibirse) afectadas por la enfermedad y esto les provoca conflictos (sensaciones) que amplía la distancia con su grupo social. Aparecen retraimientos, silencios y abandonos.
- 3) Deterioro de la autoestima y la autoimagen: aumenta lo que Lizárraga y Juárez denominan la "capacidad de reconocimiento y aceptación de la realidad". Las personas se tornan severamente autocríticas y tienen

una visión romántica de un allá y entonces mejorado en contraposición a un aquí y ahora subvalorado.

- 4) Autoagresividad: en esta fase se agudizan las sensaciones de angustia y las percepciones devaluativas (interiorizan los estigmas), las depresiones y la ira hacia el sí mismo. En lugar de buscar alternativas las personas pretenden castigarse o aniquilarse. Las familias también se ven afectadas tendiendo a castigarse y culpabilizarse.
- 5) Vengatividad: en el plano perceptivo se culpabiliza a los otros y en la dimensión sensitiva pueden emerger sentimientos revanchistas que propician conductas de manipulación y chantajes afectivos.
- 6) Pacto o negociación: las personas comienzan a resignarse, minimiza los rechazos hacia sí mismo(a) y hacia los (las) demás sustituyendo la culpa y la vergüenza por la motivación, la disciplina y la esperanza. Incluso puede aparecer un acercamiento a la espiritualidad.
- 7) Aceptación: finalmente las personas alcanzan un máximo nivel de la capacidad de reconocimiento y aceptación de la realidad. Hay una reconciliación consigo mismo(a) y con su entorno. Lizárraga y Juárez Incluso mencionan que es posible que las personas se liberen de culpas y vergüenzas para comprometerse con la aceptación de la condición serológica ante el virus y con los problemas sociales que acompañan al padecimiento.

Las múltiples implicaciones psicoemocionales que tiene la aplicación de las pruebas voluntarias de detección del VIH en los servicios

de salud y la entrega de los resultados, hacen que el trabajador y la trabajadora de la salud tengan un papel activo para reducir el impacto emocional y el sufrimiento de los y las pacientes a través de la consejería como apoyo psicossocial (Vallejo, Navarrete, Del Río, Ávila y Santos, 1995).

## **2.4 EL COUNSELLING O CONSEJERÍA.**

A finales del siglo XIX y a lo largo del siglo XX, comenzó a ser cuestionado el modelo científico positivista que había prevalecido por más de tres siglos en la construcción del conocimiento y la ciencia así como su modelo lógico-matemático, sus criterios y sus valores. Las principales críticas se concentraron en la racionalidad lineal y unidireccional de la ciencia, en su determinismo y en la homogenización de métodos ya que dicha forma de pensar, razonar y demostrar no daba cabida a las inconsistencias, las incoherencias lógicas ni a las contradicciones conceptuales (Martínez, 2006).

Esta concepción mecanicista de la ciencia que ignora los procesos y define a las entidades como sus estancias fijas influyó en la medicina, derivando en una “medicalización” de los problemas de la vida, mismos que son reducidos a “enfermedades” (De Nicola, 1986), noción que pasó a la psicología introduciendo el término de “enfermedad mental”, el cual expresa el atomismo y el determinismo causal lineal de aquella época.

En ese periodo de ruptura surgieron distintas orientaciones postpositivistas como la teoría crítica, la condición posmoderna, la postestructuralista y la deconstruccionista así como nuevos enfoques metodológicos entre los que destacan la metodología cualitativa, la etnometodología, el interaccionismo simbólico y la teoría de las representaciones sociales.

Los puntos de convergencia de estos enfoques fueron el rechazo a la jerarquía de los conocimientos, que sustituyeron por la valoración del racionalismo crítico, el reconocimiento de la “verdad local” y de las diferentes lógicas (con especial énfasis en la lógica dialéctica y sus elementos: tesis, antítesis y síntesis), es decir, reconocieron que el conocimiento y la verdad se “personalizan” según la propia percepción o perspectiva (Martínez, 2006).

En este contexto de cuestionamiento crítico, nació la consejería en Estados Unidos, alimentada por el movimiento de la reforma social que buscaba disminuir las desigualdades e injusticias relacionadas con la industrialización masiva y del movimiento de la salud mental que había introducido la terapia breve. Sin embargo, fue en el Enfoque Centrado en la Persona (ECP) desarrollado por Carl Rogers, donde la consejería fincó las bases de su práctica. La consejería se fue modificando con el transcurso del tiempo de acuerdo a los contextos sociopolíticos, los enfoques, los temas y las áreas de aplicación.



Carl Rogers.

El ECP es un modelo psicoterapéutico nutrido de la fenomenología, en especial de la existencialismo y la hermenéutica. La fenomenología estudia las realidades tal y como son experimentadas, vividas y percibidas por el ser humano, permitiendo que se manifiesten por sí mismas sin

tratar de reducir su estructura dinámica y respetándola en su totalidad (Martínez, 2006).

La fenomenología como método se centra en la descripción y el análisis de los contenidos de la conciencia en oposición al empirismo que privilegia la observación; y al racionalismo que hace énfasis en la razón y la teoría.

La influencia del existencialismo convirtió el proceso terapéutico del ECP en un camino hacia el crecimiento personal donde las experiencias funcionan como el medio para lograr mayor conciencia del Sí mismo (Duque, 2001). La corriente existencialista busca comprender al ser humano en su total realidad existencial, la relación subjetiva consigo mismo, con su prójimo y con el mundo (Rosal, s-f).

En este modelo el (la) asesor(a) funciona como facilitador y evita conceptualizar lo que las personas dicen en teorías, ideologías o conocimientos personales ya que la realidad que se está estudiando depende del modo en que es vivida y percibida por el sujeto, es decir, es una realidad interna y personal única. Se suspenden los juicios de valor y se acepta todo lo que es dado de la experiencia o la conciencia de las personas ya que las conductas están en función de las vivencias.

El postulado básico del ECP es la “tendencia actualizante” propia de todo ser vivo, y se refiere a la capacidad natural e innata de autodesarrollo que poseen las personas para desplegar todas sus potencialidades y lograr su autorrealización. Dicha tendencia persigue el mantenimiento y el mejoramiento del organismo de forma constructiva (Rogers, 1997).

Para Rogers, todo ser vivo necesita un ambiente, una atmósfera y un clima propicio para activar la tendencia actualizante, esto se logra a través de actitudes, las cuales se conceptualizan como tendencias o disposiciones constantes a percibir y reaccionar en un determinado

sentido (Martínez, 2006). El autor hace énfasis en que estas disposiciones forman parte de la experiencia de vida de los (las) facilitadores (as), son posturas ante la vida y forman parte de la cosmovisión, por lo que descarta que puedan ser adquiridas por entrenamiento. Las actitudes facilitadoras de la tendencia actualizante son la autenticidad genuina y transparente, la aceptación incondicional y la comprensión empática.



La consejería se centra en todos aquellos aspectos que son importantes para la persona que pide ayuda sin realizar juicios en una atmósfera de aceptación incondicional, autenticidad y comprensión empática.

En este enfoque se rechazan los diagnósticos tradicionales, no se clasifica ni se predefine a las personas ni sus experiencias, implica estar abierto(a) a la experiencia sin juicios ni valoraciones. Considera a las personas en constante proceso de ser personas, es decir, de lograr una mayor integración del Yo que se expresa en una relación con su medio de forma no agresiva, asumiendo la responsabilidad del manejo de su libertad o autonomía.

El ECP comparte los postulados teóricos de la Psicología Humanista como poner en el centro del análisis lo humano tanto de las personas a las que se estudia como al mismo investigador, sobrepone la experiencia humana a la aplicación de métodos estadísticos y

psicométricos y la adopta la orientación fenomenológica para investigar la existencia humana en su integridad.

En 1909 nació formalmente la consejería con Frank Person quien abrió el primer centro de orientación vocacional y se fue nutriendo de las teorías psicoanalíticas freudianas desarrolladas entre 1930 y 1940. Al término de la Segunda Guerra Mundial, y debido al aumento de perturbaciones emocionales en Europa a consecuencia de los horrores que experimentó la humanidad con este evento bélico así como la demanda de atención hospitalaria breve, la consejería pasó a los sistemas sanitarios de la práctica de la salud mental.

El término counselling o consejería, se asocia a la actividad de dar consejos lo cual se aleja al verdadero sentido que tiene esta relación de apoyo psicosocial. Para tener una idea más precisa del significado de este concepto, nos apoyaremos en la definición que nos proporciona la British Association for Counselling (en Silverman, 1997):

*“Counselling is the skilled and principled use of relationships which develop self-knowledge, emotional acceptance and growth, and personal resources. The overall aim is to live more fully and satisfyingly. Counselling may be concerned with addressing and resolving specific problems, making decisions, coping with crises, working through feelings and inner conflicts, or improving relationships with others. The counsellor’s role is to facilitate the client’s work in ways that respect the client’s values, personal resources, and capacity for self-determination”.*<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> La consejería es el uso de principios de la comunicación con el fin de desarrollar el autoconocimiento, la aceptación, el crecimiento emocional y los recursos personales. El objetivo global es ayudar a vivir más pleno y satisfactoriamente. La consejería puede estar relacionada con la dirección y resolución de problemas específicos, la toma de decisiones, el proceso de hacer frente a las crisis, el trabajo a través de los sentimientos o los conflictos internos, o la mejoría de las relaciones con las demás personas. El papel del consejero es facilitar al cliente la tarea de tal forma que respeta sus valores, sus recursos personales y su capacidad de autodeterminación.



Esta definición hace énfasis en el rol activo de las personas en la resolución de sus problemas, es decir, rechaza las actitudes paternalistas lo cual se relaciona con la postura no directiva con la que Carl Rogers abordó en un principio su ECP. También se puede observar que se promueve la autonomía de las personas y la toma de decisiones para la resolución de conflictos aunque esta definición no nos diga exactamente cómo se logra esto.

En relación a la autonomía de las personas, la consejería surgió en un época en la que las relaciones de ayuda se basaban en el poder de los y las terapeutas sobre sus pacientes, a quienes influenciaban y manipulaban para resolver sus problemas, es decir, prescribían soluciones. La evolución de la consejería en la psicología consistió en invertir estas relaciones de poder, es la persona quien tiene el poder de manejar su vida y tomar sus propias decisiones, ella se apropia del poder en la medida en que tiene claro lo que desea, lo que intenta obtener, lo que posee, su sometimiento, su compartir el poder y el control sobre otros, sobre sí misma o sobre ambos. El papel de los y las terapeutas en este enfoque consistía en funcionar como facilitadores de esta apropiación del poder. Esta pérdida de autoridad tradicional de los y las terapeutas significó un cuestionamiento político a la práctica terapéutica implementada hasta entonces (Roger, 1997).

El significado de la consejería puede variar dependiendo del contexto en el cual se practique, en el caso de las instituciones de atención de la salud, es muy común que se confunda a la consejería con un proceso en el que se dan recomendaciones o consejos. Esto puede suceder porque en las relaciones interpersonales que surgen en la práctica hospitalaria, los y las pacientes (personas que piden ayuda) que acuden con un problema específico de salud (aportan un problema), esperan que el (la) médico(a) (un(a) especialista) les proporcione una serie de recomendaciones para obtener alivio (resolver el problema).

La consejería es un tipo de ayuda o apoyo psicosocial que surge en un momento de dificultad o de crisis, por lo tanto requiere de un espacio y un tiempo definidos para atender el problema, demanda desarrollar un vínculo de confianza así como la implementación de técnicas y habilidades de comunicación interpersonal. Se distingue de la psicoterapia por su duración acotada, la delimitación de objetivos precisos y su función social (Solar, 2002). La consejería implica también proporcionar contención, discusiones sobre temas relacionados con los objetivos fijados previamente en la relación de ayuda, el desarrollo de un plan de acción, establecimiento de metas, parámetros de evaluación, etc.

El objetivo de todas las relaciones de ayuda, es satisfacer las necesidades de las personas que acuden en busca de apoyo, permitiéndoles asumir la responsabilidad de sus propias acciones y tomar sus propias decisiones al explorar una gran variedad de alternativas y enfoques (Okun, 2001). Su éxito está relacionado, principalmente con las habilidades del (la) facilitador(a) para comunicar su comprensión de las emociones, la conducta y la cosmovisión de la persona que recibe apoyo; sus habilidades para determinar y definir el problema subyacente; y la habilidad para aplicar estrategias que promuevan la exploración y comprensión de sí mismo(a), la resolución de problemas y la toma de decisiones.

Podemos distinguir tres tipos de personas que ofrecen relaciones de ayuda (Okun, 2001):

Profesionales de la ayuda.	Son especialistas con formación universitaria en el estudio de la conducta que aprenden estrategias de ayuda y realizan	Psiquiatras, psicólogos(as), Orientadores(as), trabajadores sociales.
----------------------------	---	---

	prácticas clínicas supervisadas con individuos, familias y grupos. Su formación es continua e interdisciplinaria.	
Trabajadores de los servicios sociales sin formación especializada.	Poseen una formación preuniversitaria sobre relaciones interpersonales y forman equipo con profesionales de la ayuda.	Enfermeros(as) psiquiátricos(as), auxiliares psiquiátricos(as), asistentes sociales, educadores (as) y religiosos(as).
No profesionales.	Generalmente carecen de formación profesional aunque es posible que posean alguna formación sobre relaciones interpersonales y asesoramiento en talleres o seminarios	Entrevistadores(as), supervisores(as), profesores(as), cajeros(as), recepcionistas, voluntarios(as), amigos(as), parientes, compañeros(as), etc.

Todas estas personas tienen en común la aplicación de habilidades de comunicación para iniciar y desarrollar las relaciones de ayuda que ofrecen y distintos grados de conocimientos sobre desarrollo humano.

El desarrollo de la consejería, inicia cuando dos personas se reúnen en un lugar específico y en un clima que favorece la exploración de los problemas y las emociones de la persona que pide ayuda. Se

comienzan a identificar y definir los problemas, necesidades y expectativas en los que se centrarán el (la) consejero (a) y la persona asesorada. Ambas partes acuerdan el contrato o estructura de la relación, es decir las metas y objetivos que pretenden alcanzar, el lugar de encuentro, el número de sesiones que consideran adecuadas de acuerdo a los objetivos, los días, horarios, así como las posibles personas, organizaciones o instituciones que pudieran involucrarse en la consecución de las metas trazadas.

Una vez acordada la naturaleza de la relación, se explora intensivamente el o los problemas, ambas personas comienzan a encontrar posibles soluciones, evalúan la idoneidad de cada una de ellas, fijan parámetros que les permita saber que han cubierto los objetivos delineados, se facilita el autoconocimiento de quien acude por ayuda y se promueve la toma de decisiones en base al conocimiento obtenido y la comprensión de la situación problemática de la persona asesorada.

Una vez alcanzados los objetivos, se da por terminada la relación de ayuda y si existen los recursos, se planifica una última sesión formal o informal de seguimiento para comprobar los progresos obtenidos y concluir el proceso o evaluar si es necesario trabajar en otros objetivos o metas.

#### **2.4.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS (LAS) CONSEJEROS (AS).**

Para Rogers (en Okun, 2001) las personas que proporcionan ayuda se caracterizan por que manifiestan actitudes como la aceptación incondicional, cuando le expresan a la persona que busca ayuda su total aceptación como persona digna de ser valorada; la autenticidad y congruencia al relacionarse de forma honesta, transparente y sincera, es

decir son congruentes con lo que dicen y lo que hacen; y la empatía al comprender (sentir más que entender intelectualmente) e l marco de referencia del otro, asumiendo sus puntos de vista, sus preocupaciones y emociones.

Por su parte Combs (en Okun, 2001) menciona que las personas que ofrecen apoyo de forma profesional creen que las personas son capaces de resolver sus problemas, que son valiosas y dignas de confianza, son serviciales y muestran una actitud abierta hacia los otros; piensan de sí mismas que están a la altura de las circunstancias, se identifican con las demás personas, se creen dignas de confianza, creen que son necesarias para otras personas y que son valiosas para los(las) demás (tienen una buena autoimagen); y se orientan hacia las demás personas de forma subjetiva o fenomenológica (manifiestan una aproximación de ayuda).

Sue (en Okun, 2001) estudió a personas que ofrecen ayuda en contextos multiculturales y encontró que éstas eran conscientes de sus propias interpretaciones, valores y presuposiciones, de tal forma que no afectaban sus relaciones de ayuda; también manifestaban conocimiento sobre los factores sociopolíticos que afectaban a las personas que pedían ayuda, por lo cual eran muy cuidadosas para evitar la discriminación que se derivaba de dar un trato homogéneo a las personas negando las diferencias; y también encontró que eran capaces de compartir la cosmovisión de cada uno(a) de sus asesorados(as).

Okun (2001) enfatiza que los (las) consejeros(as) que son conscientes de las influencias que la cultura y el género ejercen sobre sus percepciones, valores, actitudes y creencias, manifiestan una mayor valoración de las diferencias y se sienten cómodos(as) con éstas. Las personas que se desarrollan en contextos interculturales perciben y manejan de formas distintas sus problemas, frecuentemente valoran más

las relaciones familiares y comunitarias por encima del individualismo y la autosuficiencia que encontramos en las culturas occidentales; incluso en algunas culturas se acostumbra mantener relaciones de ayuda fuertemente jerarquizadas y directivas, e incluso, debido a la historia de dominación cultural, es probable que desconfíen de los (las) profesionales de la ayuda y que los (las) rechacen.

Egan (1981) hace una definición de lo que llama el (la) consejero efectivo(a) y señala que es una persona comprometida con su propio crecimiento físico, intelectual, emocional, social y espiritual. Reconoce sus posibilidades y limitaciones intelectuales, está actualizado(a) en distintos temas que amplían su visión del mundo, responde de forma espontánea y efectiva a una gran variedad de necesidades humanas debido a que ha desarrollado sus destrezas socioafectivas. Al procurarse autocuidado continuamente analiza con ayuda de otros consejeros o consejeras sus procesos emocionales derivados de sus acompañamientos para evitar el síndrome de desgaste emocional (burn out) que suele aparecer cuando se asume que se tiene la responsabilidad del bienestar de las personas o al tratar de responder a las exigencias de sus asesorados (as).

En sus relaciones de ayuda atiende a la otra persona física y psicológicamente, sabe leer los mensajes no verbales, manifiesta una escucha activa y responde siempre desde el marco de referencia del (la) otro(a) pues empatiza con él (ella), es respetuoso(a), evita juzgar, confía en las capacidades de las personas y se interesa auténticamente por los demás. Es concreto(a) y no se intimida al tratar con los sentimientos y conductas de las personas pues ha logrado cierto grado de autorrealización. En sus asesorías facilita la integración de datos para que las personas se entiendan a sí mismas y a sus comportamientos. En ocasiones comparte sus propias experiencias si considera que esto beneficiará la relación de ayuda y respetando siempre la autonomía de sus asesorados(as) y en apego a su propio código ético.

Es cuidadoso(a) al confrontar a las personas que asesora. No satisface sus necesidades en la relación de ayuda y es capaz de hablar libremente sobre su propia relación de acompañamiento psicológico. Busca recursos de ayuda disponibles, contribuye a ampliar la visión de túnel de los (las) asesorados(as), les anima a diseñar varios planes de acción y sabe responder a las crisis. Un(a) consejero(a) efectivo(a) considera un privilegio entrar a la vida de las personas y muestra un profundo respeto.

#### **2.4.2 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN EN LA CONSEJERÍA.**

Cuando Rogers ideó su ECP, evitó abordar a las personas a través de técnicas o métodos pues consideraba la experiencia humana como un fenómeno complejo en el cual era más importante mostrar actitudes que propiciaran el desarrollo de las propias capacidades de las personas que ocuparse en aplicar técnicas de modificación de conductas ya que el uso de tales recursos implicaba un rol directivo de los y las facilitadores (as) en sus relaciones de ayuda.

Posteriormente, conforme fue madurando la aplicación del enfoque y se fue adaptando a distintos contextos, Rogers encontró una serie de habilidades de comunicación que si se manifestaban en el momento y en la forma adecuada, propiciaban en las personas una mayor comprensión de sí mismas. Esto se debe al proceso de comunicación inherente a las relaciones de ayuda, por lo cual las técnicas a las que a continuación se hacen referencia, provienen del modelo de terapia de las relaciones interpersonales desarrollado a partir de las premisas básicas Rogerianas.

Mensajes no verbales.

La mayor parte de la comunicación humana se transmite a través de manifestaciones no verbales. Los (las) consejeros(as) desarrollan

habilidades para detectar la congruencia entre la conducta verbal y la conducta no verbal, interpretan patrones de gestos, posturas corporales, expresiones faciales, relaciones espaciales, características personales y culturales, que le permitan conocer los mensajes afectivos de lo que oyen durante la relación de ayuda. Algunas de las pistas para captar las emociones subjetivas de las personas que piden ayuda son el contacto visual, el movimiento corporal, la apariencia, el tono de voz, la posición corporal, por citar solo algunas (Okun, 2001).

#### Mensajes verbales.

Los mensajes verbales tienen dos dimensiones, un contenido cognitivo que se refiere a la información y las palabras que se transmiten, es decir, se trata de temas, situaciones, personas y acontecimientos. La segunda dimensión es la del contenido afectivo, el cual puede ser verbal o no verbal, incluyen las emociones, actitudes y conductas de las personas al momento de comunicarse. Quienes se dedican a la consejería, son capaces de comprender y diferenciar estos contenidos así como de atender, explorar y responder a ellos. Esto implica también tener conciencia de sus propias emociones con la finalidad de no proyectarlas en las personas que piden ayuda (Okun, 2001).

#### Escucha activa.

Se conceptualiza como la atención que se le presta a los mensajes verbales y no verbales, a los pensamientos y sentimientos manifiestos y encubiertos de las personas. Consiste en comunicar la comprensión, interés y aceptación que tiene el (la) consejero (a) de la persona a través de respuestas no verbales y verbales.

Las respuestas no verbales que facilitan el proceso de consejería incluyen asentir con la cabeza, sonreír, gesticular con las manos, mantener un buen contacto visual, inclinarse hacia la persona, la expresividad facial, un ritmo del habla adecuado y un tono de voz



parecido al de las personas que acuden a pedir ayuda. Estas conductas en conjunto logran transmitir calidez, comprensión y atención.

La finalidad de las respuestas verbales es comunicarle a la persona que se le escucha y que se le entiende a ella y sus puntos de vista; que se tiene capacidad para ofrecer ayuda y a la vez, se le proporciona una comprensión de sí mismas al enfocarnos en el tema que le parece relevante, aclarando las inconsistencias que pudieran estar presentándose en la comunicación, reflejando las emociones subyacentes así como sintetizando las preocupaciones y las emociones manifiestas y encubiertas durante el proceso de asesoramiento o consejería.

Al centrarse en los contenidos afectivos y cognitivos de las respuestas verbales de las personas, el (la) consejero(a) puede implementar una serie de respuestas facilitadoras que permitan obtener una mayor comprensión de los pensamientos y emociones de las mismas. Figuran aquí las respuestas mínimas (“m-m”, “sí”, “ya veo”); el intercambio de sinónimos (parafrasear); la exploración de temas con frases o preguntas abiertas (evitar los qué, cómo, cuándo, dónde y por qué); el reflejo de lo que el (la) consejero(a) ha logrado entender de las preocupaciones y puntos de vista de la persona así como de las emociones manifiestas y subyacentes, enfatizadas u omitidas; la aclaración de las intervenciones de las personas que no han sido comprendidas por el (la) consejero(a); solicitar a la persona que confirme o corrija las interpretaciones o percepciones del (la) consejero(a); la interpretación de las emociones subyacentes en las intervenciones de las personas; la confrontación o retroalimentación de lo que acontece en la realidad de quien pide ayuda; proporcionar información objetiva cuando resulte necesario en lugar de aconsejar y por último resumir o sintetizar todo lo que se ha comunicado durante el proceso de comunicación en el contexto de las relaciones de ayuda.

## **2.5 LA CONSEJERÍA Y LA APLICACIÓN DE PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS DEL VIH.**

La consejería hoy en día se aplica en múltiples tópicos y enfoques, pero también adquiere distinto significado en relación al contexto de su aplicación profesional ( Feltham en Silverman, 1997) . En el contexto institucional encontramos por ejemplo que en el área de los recursos humanos de las empresas, la disposición como oyentes de los (las) consejeros (as) se encuentra estrictamente limitada a las necesidades de la empresa o por ejemplo que en las instituciones médicas donde se ofrece consejería en torno al VIH-SIDA, la consejería se entiende como un proceso directivo y legal en la que los (las) consejeros (as) fungen como promotores (as) de salud.

En el contexto teórico, hayamos que debido a que la consejería no tiene un consensado cuerpo de conocimientos (se encuentra en un estado pre-paradigmático), hay varios paradigmas o enfoques que compiten por ganar autoridad, tales como el modelo conductista o de la terapia cognitivo-conductual que busca reestructurar la conducta o capacitar a las personas en el manejo de problemas; el modelo de la terapia humanista que pone en el centro a la persona y se basa en su comprensión empática con la finalidad de promover el autoconocimiento y facilitar la toma de decisiones informadas; y el modelo de la terapia sistémica que se centra en problemas locales que se encuentran insertos en los sistemas sociales.

Finalmente en el contexto político, entendido como el lugar donde se localiza el poder para tomar decisiones (Rogers, 1997), la consejería reclama un cuerpo teórico propio de conocimientos que ha sido motivo de discusión entre consejeros(as), psicoterapeutas y psicoanalistas, asignándole un significado distinto a esta práctica profesional.

Feltham ( en Silverman, 1997) proporciona una definición de la consejería que intenta mediar en el conflicto por la circunscripción del cuerpo teórico que sustenta su práctica: *“Counselling is viewed... as principled (an ethical endeavour with strict boundaries); which draws upon theories of psychotherapy and personality (it is a serious, professional activity resting partly on knowledge from the social sciences), which is practised according to certain learned (not innate or casually acquired) interpersonal skills; but which nonetheless includes the values of practical, personal experience and intuition. It should not be confused with advice-giving, but neither should it be thought inferior to, or even essentially different from, psychotherapy”*.<sup>3</sup>

En un estudio sobre consejería en torno al VIH realizado por Silverman ( 1997) en Gran Bretaña, notó que la consejería previa a la aplicación de las pruebas de detección de VIH era llevada a cabo por enfermeras y enfermeros (después de haberse entrevistado con un médico o médica) que recibieron cursos de entrenamiento en habilidades de consejería y que fungían como promotores(as) de salud en clínicas de medicina genito-urinaria, en clínicas de adicciones a las drogas y centros de hemodiálisis.

También ha lló que la consejería en VIH se distingue de la consejería que se proporciona en otros contextos en dos aspectos. Primero, este tipo de consejería se ofrece a las personas aún cuando no la solicitaron ya que forma parte de los procedimientos en torno a la

---

<sup>3</sup> La consejería es percibida... como una base de principios (un esfuerzo ético con límites rígidos); la cual echa mano de las teorías de la psicoterapia y la personalidad (es una actividad profesional seria que descansa parcialmente en el conocimiento de las ciencias sociales); la cual es aprendida de acuerdo a ciertas habilidades profesionales (no son innatas ni casualmente adquiridas) de relaciones interpersonales; pero que no obstante incluye los valores de la práctica, la experiencia personal y la intuición. No debería confundirse con aconsejar, pero tampoco debería verse inferior o incluso esencialmente diferente de, la psicoterapia.

aplicación de las pruebas de detección, por lo tanto las personas asumen un rol pasivo en la interacción con los (las) consejeros (as) quienes a su vez piensan mas en términos de promoción de la salud.

El segundo se relaciona con el carácter médico del lugar donde se efectúa la prueba. El (la) consejero (a) es también consciente de que muy probablemente la persona tenga deficientes conocimientos médicos en torno al carácter e implicaciones de la prueba de detección del VIH que hay que atender; y por otra parte, resulta necesaria por lo menos una entrevista de consejería previa a la prueba, para obtener el consentimiento informado. Encontramos así que la consejería en torno al VIH se distingue por realizarse en un entorno médico en términos de promoción de la salud y por sus implicaciones legales.

Tabla 1. Objetivos de la consejería en las pruebas de detección del VIH.  
(Bor y colaboradores, en Silverman, 1997)

- 
1. Identificar y clarificar las preocupaciones de las personas, y sus riesgos para la infección con VIH.
  2. Revisar su comprensión sobre las formas en que se transmite el VIH, las formas de prevenirlo, y el significado de la prueba de detección de anticuerpos.
  3. Ayudar a las personas a hacer más decisiones informadas balanceando las ventajas y desventajas personales de hacerse la prueba.
  4. Ayudar a las personas a estimar cuál podría ser su mayor preocupación si obtuvieran alguno de los dos resultados, positivo al VIH o negativo al VIH.
  5. Proporcionarles información acerca de las implicaciones personales, médicas, sociales, psicológicas y legales al ser diagnosticado (a) ya sea positivo al VIH o negativo.

6. ayudar a las personas a prepararse para las dificultades que podrían encarar en el futuro y proporcionarles apoyo a ellos, a su familia y a sus contactos.
- 

Si revisamos la tabla anterior notaremos que en el punto cinco de la lista, se hace referencia a la proporción de información relacionada con el VIH, lo cual podría percibirse como una actitud directiva que podría influenciar a la persona asesorada, mientras que en otros contextos la consejería es definida más en términos de desarrollo del autoconocimiento que en proporcionar información. Por otra parte, podemos observar que varios de los objetivos citados hacen referencia a la necesidad de cambiar las conductas de las personas que son asesoradas en VIH, y queda expresado en los términos del modelo de estilos de vida de la promoción de la salud, que a su vez se acerca a los lineamientos de prevención respaldados por el ONUSIDA y la OMS que se centran en las conductas de riesgo individuales frente a la infección, desestimando los recursos culturales y comunitarios que se centran en la vulnerabilidad más que en las conductas de riesgo.

La consejería en torno al VIH se sitúa en medio de dos extremos, en uno de ellos encontramos el enfoque de la promoción de la salud concebida como dar información (aconsejar) y en el otro el enfoque no directivo de la consejería que apuesta por la autonomía de las personas y su propio proceso de autoconocimiento.

Feltham (en Silverman, 1997) nos advierte sobre los peligros que implica aconsejar a una persona, y encuentra: *“that it may constitute a form of collusion (reinforcing the client’s false belief in his own helplessness or confusion); that it fails to note, unearth and work with the psycho-dynamics underlying requests for advice; and that it cheats the client of a valuable opportunity of discovering his or her own potent*

*decision-making resources*”.<sup>4</sup> También reconoce que hay situaciones y grados en los que resulta apropiado dar consejos, sin embargo la noción profesional que prevalece es que es incorrecto y contraproducente. En este rubro, el uso de la intuición, la experiencia obtenida en la práctica profesional y el uso de límites éticos consistentes, se convierten en recursos invaluableles que les proporciona a los (las) consejeros (as) un marco de acción para ofrecer una atención de calidad y apegada a las normas de la práctica.

En la actualización técnica de la O NUSIDA ( 1997) se definió a la consejería en VIH como *“un diálogo confidencial entre un usuario y un consejero cuya finalidad es contribuir a que el primero supere su estrés y tome decisiones relacionados con el VIH-SIDA. El proceso de asesoramiento incluye la evaluación del riesgo personal de transmisión del VIH y la discusión sobre cómo prevenir la infección. Se centra específicamente en cuestiones psicológicas y sociales relacionadas con la infección probable o real por el VIH y con el SIDA”*. Los objetivos del asesoramiento son la prevención y la asistencia, es decir, implica una labor de promoción de la salud a través de la educación y hacerse cargo de las implicaciones psicosociales de la aplicación de la prueba y el diagnóstico.

La Organización Panamericana de la Salud (2006) menciona que la consejería que se ofreció en los Estados Unidos al inicio de la pandemia, no lograba su objetivo inicial de reducir los riesgos de infección a través de proporcionar información ya que el conocimiento objetivo aunque es un prerrequisito para la modificación de conductas, por si solo es insuficiente, este tipo de consejería se basaba en el modelo cognitivo-conductual. A partir de 1993 se introdujo un “ nuevo” modelo de consejería en VIH

---

<sup>4</sup> “Que puede constituir una forma de confabulación (reforzando las falsas creencias del cliente sobre su propia vulnerabilidad o confusión); que deja de funcionar al aclarar, desenterrar y trabajar con las peticiones de consejo psicodinámicas subyacentes; y que defrauda las valiosas oportunidades del cliente de descubrir sus propios recursos eficaces para tomar decisiones”.

centrado en el “usuario” que empleaba la experiencia de la prueba de las personas para promover la sensibilización y producir una reducción de riesgos de infección.

El nuevo enfoque se caracterizó por fomentar una interacción más cercana entre la persona y el (la) consejero(a), con la finalidad de promover la realización de las pruebas de VIH, involucrar a la persona en el proceso de consejería, focalizarse en las situaciones de riesgo y establecer metas para reducirlos.

Las sesiones de consejería tienen como objetivos principales la prevención, expresada en términos de educación sanitaria, lo que implica proporcionar información sobre los comportamientos de riesgo para la infección así como formas de evitarlos o modificarlos; y el apoyo psicosocial para aliviar la ansiedad, la abrumación y la exclusión social de los afectados y sus familiares (García, 1996; Corona, 1998). Es decir, en este modelo la consejería tiene como propósito que las personas encuentren elementos para enfrentar la tensión, medios realistas para resolver sus problemas y facilitar la toma de decisiones informadas (Corona, 1998). La consejería no tiene el propósito de ayudar a las personas a resolver graves problemas personales ni conflictos emocionales del pasado, así como tampoco se orienta a la reestructuración de la personalidad.

Es común que los servicios de salud apliquen la prueba de ELISA estándar para detectar la infección con VIH, lo que obliga a las personas a regresar por los resultados en un periodo que oscila en promedio entre dos semanas y un mes (OPS, 2006) aunque en realidad esto depende de varios factores como la disponibilidad de la prueba, de laboratorios especializados en la región y de personal capacitado para tomar las muestras, por citar solo algunos.

Debido a este margen de tiempo para obtener el diagnóstico, la consejería en VIH se organiza en torno a dos eventos: la consejería pre-prueba que se centra en la prevención primaria, es decir en evitar la infección y la consejería post-prueba que previene la transmisión, promueve el manejo de la enfermedad y la reincorporación de las PVV a la sociedad, lo que se conoce como prevención secundaria (Maguis, Barrientos y Bertozzi, 2006).

En el asesoramiento pre-prueba se prepara a la persona para la situación, valorando las ventajas y desventajas de realizarse la prueba, se revisan las implicaciones que podría tener si se está o no infectado por el VIH, se exploran los comportamientos de riesgo particulares relacionados con el sexo y las drogas así como la forma de prevenir la infección, se corrigen mitos y la información errónea en torno al VIH, y se discuten las posibles formas para hacer frente al diagnóstico (OMS, 1997; OPS, 2006). En esta primera asesoría se determina si la persona ha estado en riesgo de infección y el carácter de la relación de ayuda.

Hay que recordar que las personas que se acercan a las pruebas de VIH no siempre lo hacen de forma voluntaria, a menudo son referidas por otros especialistas o programas de salud (tuberculosis, mujeres embarazadas, planificación familiar, lactantes, etc.) ó por instituciones de impartición de justicia. Debido a esto, la naturaleza de la consejería y el proceso de comunicación varían ampliamente. Quien acude voluntariamente tiene conocimientos previos y preocupaciones reales o fantaseadas, mismas que son discutidas con el (la) consejero (a), mientras que las personas que son referidas generalmente desconocen el tema y asumen un rol receptivo en torno a la información que proporciona el (la) consejero (a).

En caso de que la muestra sanguínea o la solicitud de laboratorio para realizar la prueba lleve el nombre de la persona, en la asesoría pre-



prueba se consigue el consentimiento informado antes de proceder a obtener la muestra (OPS, 2006). No hacerlo implica sanciones legales al violar los derechos de las personas expresados en múltiples tratados y normas nacionales e internacionales. También se le explica a la persona el tiempo que es necesario esperar para obtener los resultados, la fecha tentativa en la que deberá acudir a recibirlos y clarificar el proceso mediante el cual será notificada, señalando día, hora y lugar para tales efectos. Es recomendable que la misma persona que realizó la consejería pre-prueba sea quien entregue los resultados y proporcione la asesoría post-prueba.

En México, la aplicación de la prueba de detección se acompaña con la llamada encuesta centinela cuya finalidad es usar la información para el diseño de intervenciones educativas y para determinar hacia donde dirigir los esfuerzos de control y prevención. Para ello es necesario obtener la información de forma voluntaria, confidencial y anónima, sensibilizando a las personas acerca de la importancia de su participación y sus respuestas (Zúñiga, 1998), respetando si empre la decisión de la persona de aceptar o rechazar la encuesta.

Una crítica a las investigaciones sobre infección de VIH-SIDA en homosexuales y bisexuales en México hecha por Ortíz (2007), y en la que podemos ubicar la encuesta centinela, es que los instrumentos de medición utilizados en las investigaciones se centran en las conductas de riesgo para la infección del VIH, sin embargo el autor precisa que la infección ocurre al tener contacto con el virus, por lo cual, si en las relaciones sexuales se utiliza de forma correcta y consistente el condón, resulta irrelevante conocer las prácticas sexuales de la población y en cambio es más ilustrador centrarse en los motivos determinantes por los que las personas no utilizan formas de protección contra el virus.

Al centrarse en la modificación de las conductas de riesgo de las personas, se apela a la existencia de un sujeto autónomo, libre y racional con capacidad de tomar decisiones sobre su propia sexualidad (Amuchástegui en Ortíz, 2007). Sin embargo investigaciones recientes muestran que también intervienen condicionantes sociales, culturales y económicos además de los psicológicos, que inciden para que las personas tomen o no las medidas preventivas y terapéuticas frente al VIH.

En lo que se refiere a proporcionar información como intervención pedagógica, esta debe evitar centrarse en generalidades del VIH-SIDA. Resulta útil tener a la mano material educativo impreso abundante y que se pueda proporcionar gratuitamente al final de la asesoría. Dicha información incluye el uso correcto de los preservativos, alternativas de sexo seguro y respuestas a preguntas frecuentes. Los materiales pueden ser folletos, afiches y material audiovisual adaptados al nivel cultural, al idioma, al género y a la edad de las personas (OPS, 2006).

En el asesoramiento post-prueba, se prepara a la persona para aceptar y hacer frente al resultado de la prueba. El (la) consejero (a) es quien comunica el resultado y ambos (as) planean formas para reducir el riesgo de infección o en su caso de transmisión, proporcionando en todo este proceso apoyo psicológico (ONUSIDA, 1997). El asesoramiento va a depender del resultado de la prueba.

Cuando el resultado es positivo, se notifica el resultado sin hacer esperar innecesariamente a la persona, de la forma más clara, delicada y humana posible. El apoyo psicológico lidia con el impacto emocional del diagnóstico, con los sentimientos y creencias previamente exploradas y que seguramente se manifestarán vívidamente en el proceso de comunicación del resultado, esto por supuesto, dependerá de los recursos psicológicos de las personas, sus historias de vida y sus estilos para enfrentar los problemas. Los esfuerzos del consejero o consejera

consisten en facilitar la aceptación del estado serológico al VIH y lograr un tránsito positivo para retomar su vida (ONUSIDA, 1997).

Cuando el resultado es negativo, las personas generalmente manifiestan alivio psicológico, y aún cuando la tensión disminuye, es conveniente utilizar dicha tensión para discutir el significado del resultado, es decir, que no forzosamente indica que no existe infección y que podría ser conveniente repetir la prueba dentro de tres a seis meses debido al periodo de ventana ( ONUSIDA, 1997) . Por otra parte, se revisan las medidas de prevención discutidas con anterioridad y se apoya a las personas para que comiencen a adoptar nuevas prácticas más seguras mediante la elaboración de un plan de disminución de riesgos.

## **2.6 APORTACIONES DEL ENFOQUE CULTURAL E INTERCULTURAL.**

Como se ha mencionado, una de las características de la consejería en VIH es que se centra en las conductas de riesgo de las personas frente a la infección y en la necesidad de promover cambios. Combina el enfoque centrado en la persona y el modelo de la promoción de la salud. La consejería se convierte en una herramienta de prevención de la infección y de atención cuando ha ocurrido ésta. Su eficacia estriba además de centrarse en las conductas individuales de las personas que acuden a asesoría, en considerar el contexto cultural y el valor que le conceden los grupos y las personas a la prevención, en especial cuando la consejería se proporciona en contextos interculturales.

Con las experiencias acumuladas en la respuesta al VIH, el ONUSIDA y la UNESCO han reconocido que las políticas de prevención y atención, estarán siempres incompletas si se centran exclusivamente en las conductas individuales de la población y afirman que los determinantes culturales pueden ser una poderosa influencia que

promueva cambios de comportamiento al interior de los grupos o en su defecto condicionarlos (ONUSIDA y UNESCO, 2003).

Las conductas de riesgo hacen referencia al contacto físico entre las personas infectadas y las no infectadas que varían de acuerdo a los contextos sociales. Tomar en cuenta la dimensión sociocultural requiere centrarse en la percepción personal, familiar y colectiva del riesgo de infección que incide en la decisión (individual y colectiva) de protegerse o no, pero también involucra el reconocimiento del riesgo y sus consecuencias por parte del grupo, la comunidad, la sociedad y las autoridades públicas, es decir, romper el cerco del silencio y la negación que invisibiliza al VIH y permite su diseminación (opus cit).

Desde el enfoque cultural surge entonces el concepto de vulnerabilidad para centrarse en aquellos determinantes sociales, económicos y culturales que inciden en los comportamientos personales relacionados con la infección. Las condiciones socioeconómicas se relacionan desde generalidades como las crisis económicas, la globalización, las guerras, los desplazamientos de población, las migraciones internacionales y el turismo de masas, hasta particularidades como la pobreza, el desempleo, las condiciones de vivienda, la falta de acceso a los servicios de salud y a la educación, la violencia y el éxodo rural.

Las condiciones socioculturales se refieren a aquellas características culturales que mantienen las conductas de riesgo, incluyen las representaciones sociales del trayecto salud-enfermedad-atención, de la vida-muerte, el destino y la responsabilidad; la presión social y familiar; las actitudes y normas sexuales implícitas en los ritos, tradiciones y creencias religiosas; los cambios en las normas y el sistema de valores tradicionales; la inequidad de género; la condición y situación de los

jóvenes; y las expresiones lingüísticas y semánticas para referirse a la sexualidad.

Entre los determinantes políticos relacionados con la prevención y atención, el ONUSIDA (2003) ha encontrado una falta de comunicación entre las autoridades públicas y la población, la falta de capacidad para tomar decisiones, las deficiencias institucionales, el endeudamiento externo, las políticas de reajuste estructural y la falta de respeto a los derechos humanos fundamentales (derechos individuales vs. derechos colectivos). Aquí podemos también mencionar el proceso de descentralización y privatización del sector salud que relega la responsabilidad institucional de garantizar la salud a cada entidad federativa y al mercado, reduciendo el financiamiento a las áreas de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención a los daños en salud (López y Blanco, 2006); y por otra parte el ocultamiento de información con fines políticos.

En un informe de evaluación sobre información, educación, comunicación y prevención de VIH-SIDA en varios países (México incluido), elaborado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Población (FNUAP) y cuyos hallazgos pueden aplicarse a la consejería, encontramos que las estrategias utilizadas no llegan a los grupos destinatarios ya que no son específicos o son demasiado generales o desestiman las necesidades de los grupos étnicos; dichos procesos de comunicación se basan en información unidireccional y son artificialmente didácticos; y se centran más en proporcionar información que en alentar el cambio de conductas a través de la afectividad.

En resumen, la aparente ineficacia de las estrategias emprendidas parece estar relacionada con el desinterés en la dimensión cultural y la vida cotidiana de las personas. Las instituciones elaboran métodos y estrategias basadas en teorías y modelos excesivamente racionales orientados en aspectos epidemiológicos y sexológicos, los cuales parecen

ser inconciliables con las referencias y recursos culturales (ONUSIDA-UNESCO, 2003) pero que resulta imperioso introducir en las políticas de prevención.

Volviendo a la consejería en torno a las pruebas de detección del VIH, hemos señalado que el uso del lenguaje resulta primordial para iniciar el proceso de comunicación, y sin embargo es muy común que existan dificultades durante el diálogo debido a que el (la) consejero (a) y la persona que pide ayuda frecuentemente provienen de contextos culturales distintos, y por lo tanto cada uno (a) de ellos (ellas) con una forma de entender el trayecto que llamamos salud-enfermedad-atención diversa.

Ya que la Huasteca es una región cultural con una numerosa concentración de población indígena (Hidalgo es uno de los estados con mayor porcentaje de población indígena por municipio del país) que acude a los servicios de salud del estado, podemos hablar de un contexto en situación de interculturalidad. Esta situación conlleva numerosas dificultades como los altos índices de marginación, infraestructura en salud, equipo y abasto de medicamento no acordes al contexto local, experiencias de maltrato, desvalorización y confrontación por parte de los prestadores de servicios que se traducen en insatisfacción y rechazo hacia los servicios de salud (Almaguer 2007).

Estas relaciones de poder entre las instituciones de salud y la población indígena, las podemos comprender en voz de los protagonistas, como lo expresado en la llamada “declaración tzotzil” de la que a continuación se reproduce un fragmento:

*“Los programas de salud no son realistas, pues no conocen nuestra costumbre y nunca tienen en cuenta la medicina de las yerbas. Un programa bien pensado que no lo lleva a efecto el personal preparado*

*es inútil. Ni los médicos ni las enfermeras se preparan para tratar con nosotros, si nos enfermamos, somos de segunda categoría.*

*Además la medicina es muy cara. Es un negocio, a veces sólo tenemos dinero para pagar la ficha, pero no para la medicina. Se nos vende medicina mala o ya pasada que es ineficaz. Por eso nosotros no confiamos en la medicina de los doctores.*

*Proponemos que haya un comité de salud en la misma comunidad, que vigile y eduque y reciba preparación de gente que conozca la medicina indígena y la medicina del doctor.*

*Que médicos y pasantes vayan al campo a trabajar con el deseo de ayudar a sus semejantes, que se acabe la discriminación. Que haya preparación de enfermeros indígenas. Que se estudie el modo de integrar ambas medicinas con la colaboración de curanderos tradicionales” (Almaguer, Vargas y García, 2009).*

La OPS se refiere a la interculturalidad como: *...” las interacciones equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, sociales y culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diferentes contextos y diferentes culturas, pueblos y etnias para construir una sociedad mas justa”*. Como se puede observar, la interculturalidad se refiere a una convivencia horizontal, respetuosa e incluyente en que la suma de las diferencias enriquece las interacciones sociales. Esta definición es congruente con las actitudes básicas propuestas por Roger en su ECP ya que promueve la autonomía, el respeto y la aceptación incondicional de los otros. Por su puesto las distintas situaciones interculturales no están exentas de conflictos y contradicciones.

Un ejemplo de conflicto intercultural que pone de manifiesto las diferencias creencias y valores de los involucrados, fue documentado por el diario local Zu-Noticia en el 2007: en las comunidades de Tlazintla e Ixtláhuac pertenecientes al municipio de Huejutla, una enfermera acudió a la telesecundaria a dar una plática sobre métodos anticonceptivos y repartió preservativos a los alumnos y alumnas, sin embargo los padres de familia consideraron que con esta acción, la S SH promovía las relaciones sexuales a sus hijos y por lo tanto se estaba perjudicando a sus familias. El conflicto se resolvió cuando las comunidades convocaron a una asamblea general, en la que participaron el coordinador médico municipal y el director de la jurisdicción sanitaria diez. Al final se redactó un acta en la que la S SH se comprometió al abastecimiento de medicamentos en el centro de salud y se acordó no repartir condones a los y las adolescentes, dejando la responsabilidad de mostrar los métodos de planificación familiar a los profesores de la institución.

Afortunadamente, y aun con un retraso de más de diez años, el enfoque intercultural es ya una política de salud en México cuyos objetivos se centran en modificar las creencias y prejuicios del personal médico-sanitario y garantizar una atención en salud con pleno respeto de los derechos humanos. Se han promovido estrategias valiosas como la capacitación técnica y la sensibilización del personal de salud; o la creación de figuras centrales que involucra a líderes y lideresas comunitarios como facilitadores (as), capacitadores (as) y enlaces en salud intercultural, lo que viene a trastocar la organización jerárquica de nuestras instituciones y toma en cuenta a las personas destinatarias de dichos programas (Lerin, 2004).



## 2.7 DIFICULTADES INSTITUCIONALES Y TÉCNICAS EN LA CONSEJERÍA EN TORNO AL VIH.

El proceso de desmantelamiento selectivo de las instituciones de protección social y la consiguiente privatización, ha reducido la responsabilidad constitucional del estado de garantizar la salud de los mexicanos, a una asistencia focalizada y selectiva de las poblaciones pauperizadas, expresado en los mini-paquetes de salud propuestos en la reforma del 2003 a la Ley General de Salud (López y Blanco, 2006).

El viraje hacia políticas neoliberales ha ocasionado un descenso en la asignación de recursos financieros a los sistemas de salud estatales, lo que se traduce en la falta de equipamiento, infraestructura y recursos para la atención de la población que carece de seguridad social; y en el decremento de nuevas plazas y el salario de los trabajadores (as) de la salud. La característica que prevalece en los servicios de segundo nivel es la falta de infraestructura y en los de primer nivel es el desabasto de insumos (opus cit), debilitando la capacidad de respuesta de las instituciones de salud pública.

Un ejemplo de ello lo encontramos en una nota publicada en un diario de circulación local, en el que se informa que el personal médico-sanitario del recién inaugurado Hospital Regional (segundo nivel) en la ciudad de Huejutla, se manifestaron frente al nosocomio durante una gira de trabajo del gobernador del estado para protestar por la falta de materiales y equipo de laboratorio y rayos X (Lagunes, 2009).

En otra nota de prensa anterior, el Secretario de Salud informó acerca de la dificultad, a pesar de los atractivos salarios, de contratar personal médico especialista que labore en la Huasteca, lo que ha dificultado que el Hospital Regional atienda oportuna y eficientemente (Suárez, 2009). Los casos de salud que requieren atención especializada

se siguen refiriendo a la capital del estado. Estas dos notas periodísticas nos pueden proporcionar un panorama general de las inequidades en las políticas de salud.

El ONUSIDA (1997) encuentra algunas dificultades institucionales que afectan la consejería en VIH. Como se discutió anteriormente, los cambios estructurales en las instituciones de salud, han propiciado un menor financiamiento a las acciones de prevención y mitigación de daños en salud. En este caso es frecuente la falta de pruebas de detección y de insumos para realizar la toma de muestras o se carece de transporte para realizar las visitas domiciliarias de notificación (si así lo estipula la persona) o de seguimiento.

Los tomadores de decisiones dentro de las instituciones, desestiman a la consejería como un servicio social esencial susceptible de financiamiento. Diseñan capacitaciones de personal descontextualizados de la realidad sociocultural de las poblaciones y a menudo carecen de parámetros que midan la calidad de la atención proporcionada. Tal vez por ello, la promoción de las pruebas se omite en las campañas de prevención estatales.

En lo que se refiere a las dificultades técnicas del personal médico-sanitario que proporciona consejería, el ONUSIDA (1997) menciona que por lo general carece de capacitación para desarrollar habilidades de comunicación e intervención en consejería; las acciones emprendidas no son supervisadas por personal calificado; el servicio a menudo es intimidatorio debido a que se centra más en interrogar que en apoyar; también es frecuente la falta de intimidad y confidencialidad al no disponer de espacios privados para discutir temas como la sexualidad, las creencias sobre la vida-muerte, el uso de drogas, la negociación del uso del condón y otros aspectos relacionados con la infección; o pueden surgir dificultades para hablar sobre sexualidad o sobre la muerte; e n

otros casos, el personal médico realiza la consejería como una actividad secundaria a sus funciones y por último, el personal recibe de acompañamiento psicológico para mitigar el impacto del síndrome de burn out.

El síndrome de burn out o desgaste emocional, es una manifestación que aparece cuando el (la) consejero (a) alcanza el límite de su capacidad para abordar el VIH y el estrés psicológico que provoca. Surge cuando el (la) consejero (a) se siente responsable del bienestar de la persona que acude por apoyo, es decir, cuando se involucra excesivamente con la persona.

Se manifiesta a través de cambios en el humor tales como irritabilidad y enojo, los cuales se dirigen contra los supervisores (as), compañeros (as) o incluso contra las personas a las que asesora. También pueden aparecer síntomas físicos como fatiga crónica, tics nerviosos, dolores musculares, etc.

La consejería no solo consiste en proporcionar apoyo a las personas, el personal que se dedica a esta actividad requiere de cuidados y asesores (as) que le permitan hacerse cargo de las emociones y mitigar las tensiones, producidas por el manejo de información privilegiada de las personas que recurren por asesoramiento.

Resulta imperioso que el personal que está en contacto directo con las emociones de las personas con las que colabora, tenga un proceso psicoterapéutico independiente a fin de asegurarse que su subjetividad esté interfiriendo con los procesos emocionales de sus asesorados durante la notificación de los diagnósticos positivos de VIH.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.**

### 3.1 DESCRIPCIÓN DE LA METODOLOGÍA.

La presente investigación emplea una metodología cualitativa ya que el objetivo general es conocer las definiciones y experiencias que los (las) consejeros (as) en VIH tienen en torno a esta práctica profesional, nos interesa conocer los procedimientos que lleva a cabo el personal de salud en la consejería en VIH y conocer sus experiencias.

Se trata de un estudio exploratorio, en el cual a través de la revisión de literatura, se ha encontrado que no existen investigaciones centradas en las experiencias y prácticas de quienes fungen como consejeros (as) en torno a las pruebas de detección de VIH en contextos interculturales. Otros estudios han explorado la práctica de la consejería en contextos donde las diferencias socioculturales están matizadas o en su defecto, se han hecho estudios en medios urbanos donde la medicina hegemónica goza de aceptación entre la población.

El propósito es hacer un primer acercamiento al tema de la consejería en VIH en el contexto intercultural nahua de lo que se denomina la región cultural de la Huasteca hidalguense; conocer los recursos y limitaciones técnicas del personal médico que operan como consejeros(as) y ofrecen una relación de ayuda a personas que a menudo no comparten sus valores, creencias y su forma de concebir el proceso salud-enfermedad-atención; y conocer los recursos y limitaciones institucionales que hacen posible el cumplimiento a la Norma Oficial 010 en la región que nos ocupa.

Así mismo, el estudio tiene un propósito descriptivo porque busca recolectar información acerca de la forma en que se proporciona la consejería en torno a las pruebas de detección de VIH, es decir, conocer las características de las consejerías proporcionadas antes de la aplicación de la prueba y posterior a ellas, para determinar en qué medida

se toman en cuenta las guías metodológicas elaboradas por el ONUSIDA y el CENSIDA, en materia de prevención y atención del VIH-SIDA.

Aquí merece comentarse que una limitante para el estudio era garantizar el respeto a la protección de la confidencialidad de las personas que acuden a consejería en VIH, ya que durante el planteamiento del problema y el diseño de la metodología de la investigación, se hizo latente la posible violación a este derecho en la elección de una de las técnicas de recolección de información, por lo cual se optó en obtener los datos que nos interesaban de forma indirecta a través de los instrumentos que se detallarán más adelante.

### **3.2 POBLACIÓN.**

La población que se eligió para realizar el estudio fue la unidad de vigilancia epidemiológica de la jurisdicción sanitaria diez, esta dependencia se encarga de dirigir, coordinar y evaluar el programa jurisdiccional de VIH-SIDA. De ella dependen las siete coordinaciones médicas municipales y a su vez las unidades de salud que pertenecen a los Servicios de Salud de Hidalgo.

Las siete coordinaciones médicas se ubican en los municipios que forman parte del área cultural de la Huasteca y atienden a la población abierta, es decir, a aquellos segmentos de la población que carecen de seguridad social y quienes se encuentran en mayor vulnerabilidad no solo a la pandemia de VIH si no a gran parte de los padecimientos crónicos-degenerativos al encontrarse en un estado de desprotección de la salud.

La muestra fue elegida por casual-tipo, es decir, se eligió al personal médico que funge como consejero(a) en VIH y que se involucra

en todo el trayecto de la consejería ya que esta se ha dividido en dos eventos: la situación pre-prueba y la situación post-prueba. Aunque de acuerdo a la unidad de vigilancia epidemiológica jurisdiccional, todo el personal médico está facultado para proporcionar la consejería previa a la prueba, nos interesaba elegir al personal médico que también tuviera experiencia en la consejería posterior a la prueba, es decir que estuviera familiarizado con el proceso de apoyo psicosocial durante el diagnóstico.

En la jurisdicción sanitaria diez se cuentan oficialmente con siete médicos (as) capacitados (as) para entregar diagnósticos positivos al VIH, distribuidos (as) en las cabeceras municipales de la región. En este estudio de personal médico participante en contramos que dos son del sexo femenino y dos del sexo masculino, todos(as) ostentan el grado de médicos(as) cirujanos(as) y decidieron participar voluntariamente en el estudio firmando un consentimiento informado. Los y las participantes provienen de los municipios de Xochiatipan y Huejutla, municipios en los que históricamente se realizaron las primeras detecciones de VIH en 1996.

Una quinta participante en el estudio se contactó de forma indirecta, a través de los (las) consejeros(as) ya que era necesario realizar una triangulación de la información para que los resultados obtuvieran mayor consistencia. La dificultad ética derivado de esto consiste en que es prácticamente imposible realizar observaciones de las consejerías pre y post prueba sin que comprometa el principio de confidencialidad de la situación de prueba, por lo que se optó por apoyarse de los (las) consejeros (as) para conseguir que una usuaria accediera voluntariamente a contestar una encuesta anónima.

### 3.3 INSTRUMENTOS.

Para la recolección de información, se emplearon tres instrumentos:

A) Una entrevista cualitativa semiestructurada dirigida a los (las) consejeros (as) en VIH, compuesta por una guía de veinticinco preguntas que incluyen interrogantes de opinión, de conocimientos, de antecedentes y de simulación, cuya finalidad fue obtener información que permitiera la descripción de los conocimientos, los recursos técnicos, los procedimientos y las dificultades que tienen los y las participantes en relación a la consejería en VIH-SIDA. (Ver anexo 1).

B) Una encuesta dirigida al mismo grupo, compuesta por treinta ítems de los cuales quince eran de opción múltiple y quince de opinión. Las preguntas están orientadas a explorar los recursos materiales e institucionales dirigidos a la atención y prevención del VIH-SIDA así como las opiniones respecto a la coordinación de las dependencias involucradas en la respuesta al VIH. (Ver anexo 2).

C) Un cuestionario dirigido a usuarios(as) que han recibido consejería en VIH, compuesta por veinte preguntas, diecinueve son de opción múltiple y una es de opinión. Las preguntas se relacionan con la calidad del servicio proporcionado durante la consejería pre y post prueba. (Ver anexo 3).



### **3.4 HIPÓTESIS.**

Ho: Los recursos técnicos no se relacionan con los recursos institucionales para conformar la consejería en VIH proporcionada por la jurisdicción sanitaria diez.

Hi: Los recursos técnicos si se relacionan con los recursos institucionales para conformar la consejería en VIH proporcionada por la jurisdicción sanitaria diez.

## **CAPÍTULO IV. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.**

**4.1 RECURSOS TÉCNICOS DE LOS (LAS) CONSEJEROS(AS)  
EN VIH-SIDA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA DIEZ.**

<b>Variable: Recursos técnicos en consejería en VIH-SIDA.</b>	
<b>Instrumento: entrevista cualitativa semiestructurada.</b>	
<b>Indicadores</b>	<b>Resultados</b>
<b>Conocimientos</b>	<p>Para la muestra estudiada, la consejería es definida como una entrevista de orientación en este caso entre un(a) médico(a) y un( a) paciente, cuya finalidad es proporcionar información y persuadir al segundo para que acepte una medida terapéutica.</p> <p>Los consejeros y consejeras participantes en la investigación, definen a la consejería en VIH como un proceso educativo en el que el (la) profesionalista se posiciona como un especialista que guía, informa y hace planes, es decir, que dirige todo el proceso, reduciendo a la persona que pide ayuda a tomar un rol receptivo.</p> <p>Algunos de los objetivos de la consejería que se mencionaron fueron: “ <i>...fortalecer la red familiar de apoyo, asesorar sobre el proceso de atención al paciente y obviamente pues el punto legal que es precisamente la situación de tener informado y guardar también el consentimiento del paciente en cuanto al proceso de atención.</i>”<sup>1</sup></p>
<b>Habilidades en</b>	Ninguno de los y las participantes relató el empleo

<sup>1</sup> Encargada de un módulo de salud mental. 29-01-2010.

<p><b>el manejo de técnicas de comunicación verbal y no verbal.</b></p>	<p>consciente y profesional de técnicas de comunicación verbal. En su defecto, abundaron ejemplos de técnicas de comunicación no verbal para identificar los sentimientos subyacentes de sus asesorados(as) y para propiciar una atmósfera de respeto y aceptación incondicional.</p>
<p><b>Habilidades para abordar temas relacionados con la sexualidad</b></p>	<p>El personal médico que participó en el estudio, aborda los temas relacionados con la sexualidad en forma de un interrogatorio en el que se indaga sobre las prácticas de riesgo y las medidas de protección, a menudo apoyados(as) en la encuesta centinela.</p> <p>Para los y las participantes del estudio, abordar los temas relacionados con la sexualidad durante la consejería lleva implícita la tarea de identificar el “grupo de riesgo” al que pertenece el (la) paciente(a) y se centra en las conductas de riesgo, es decir en lo que las personas hacen o dejan de hacer y que las coloca en una posición de desventaja para adquirir la infección.</p> <p>Entre las dificultades para abordar los tópicos de la sexualidad que los (las) consejeros(as) mencionaron, se encontró el pudor y las diferencias de género. El tacto del personal médico para abordar los temas sexuales, ha sido una estrategia para disminuir la ansiedad de las personas. Durante la relación de ayuda identifican la necesidad del (la) paciente(a) y se esfuerzan en satisfacer esas expectativas en una atmósfera que propicia el desarrollo humano,</p>

	<p>orientándose hacia la promoción de la salud. Otro recurso empleado fue el sentido del humor.</p>
<p><b>El encuentro con la persona y habilidades para crear una atmósfera de intimidad.</b></p>	<p>Para ganarse la confianza de los usuarios y usuarias, los consejeros y consejeras en VIH de la jurisdicción sanitaria diez, tratan de buscar, en la medida de sus posibilidades, un espacio físico libre de interrupciones y que garantice la confidencialidad de la prueba.</p> <p>Algunos consejeros y consejeras mencionaron estar conscientes de sus procesos afectivos, de tal manera de que procuran estar emocionalmente aptos para atender los mensajes cognitivos y emocionales de sus asesorados. Durante la comunicación tratan de mantener una relación horizontal adecuando su lenguaje a las características etarias y socioculturales de los (las) pacientes(as). Sin embargo, cuando se sospecha que los (las) usuarios(as) ocultan información, la comunicación se torna unilateral y se emplea el poder investido en la profesión del médico para chantajear y conseguir información y la aplicación de la prueba.</p> <p><i>“...aquí en la unidad [de salud] yo la considero como una consejería fría, [...] el personal que toma las muestras se enfoca mucho a la toma exclusivamente de la prueba como tal pero yo consideraría desde mi punto de vista que no hay una consejería adecuada pre prueba.”<sup>2</sup></i></p>

<sup>2</sup> Encargada de un módulo de salud mental. 29-01-2010.

<p><b>Identificación y clarificación de las preocupaciones y riesgos de infección por VIH.</b></p>	<p>En general las personas no se acercan a las unidades de salud a solicitar voluntariamente la prueba de detección de VIH. Durante la consulta y la interrogación acerca de sus prácticas sexuales y su pertenencia a los “<i>grupos de riesgo</i>”, obliga al personal de salud a promover la prueba, proporcionando información sobre el VIH-SIDA.</p> <p>Es en ese momento cuando surgen las preocupaciones y las dudas de los usuarios y usuarias, mismas que son atendidas con un enfoque pedagógico. Los (las) consejeros(as) proporcionan información y los usuarios(as) la reciben de manera pasiva.</p> <p>En el intercambio de información surge un discurso moralizante acerca de las conductas de la población móvil, sobre la sexualidad en los jóvenes y el uso de drogas.</p>
<p><b>Revisión de la comprensión de las formas de transmisión y el significado de la prueba.</b></p>	<p>Los consejeros y consejeras de la jurisdicción sanitaria diez revisan la comprensión de las formas de transmisión y el significado de la prueba en forma de examen o test en base a la información que se compartió durante la consejería pre-prueba. En caso de que prevalezcan las dudas, el personal médico vuelve a repetir la información más de una vez, lo que extiende la duración de la consejería hasta por dos horas.</p>

<p><b>Facilitar la toma de decisiones informadas.</b></p>	<p>Los y las participantes del estudio confunden la facilitación de la toma de decisiones informadas con el consentimiento informado para la aplicación de las pruebas de detección de VIH.</p>
<p><b>Explorar las implicaciones de realizarse la prueba.</b></p>	<p>Esta actividad tampoco es habitual en la consejería pre prueba para los consejeros y consejeras participantes en el estudio. Se reserva hasta el momento en que se comunica un diagnóstico positivo, cuando surge la necesidad de identificar la red familiar de apoyo y todos aquellos recursos disponibles para el manejo óptimo de la enfermedad. Aquí también aparecieron confusiones, esta vez con la encuesta centinela y con aspectos socioculturales que el personal médico hace frente para obtener el consentimiento informado.</p>
<p><b>Contribuir a hacer un plan personal de reducción de riesgos.</b></p>	<p>Esta actividad se omite muchas veces porque los usuarios y usuarias de los servicios de salud no regresan a consulta para complementar la segunda etapa de la consejería y reciben sus resultados negativos de forma directa y sin requerirles que se entrevisten con su médico(a) tratante.</p> <p>Este plan se aborda indirectamente durante la consulta, específicamente en los programas de control-prenatal y de planificación familiar. Tiende a centrarse en una serie de recomendaciones o prescripciones médicas para prevenir el embarazo o</p>

	<p>las infecciones de transmisión sexual.</p> <p>Por otra parte, los y las participantes mencionaron que la SSH realiza actividades de prevención mediante el programa federal de OPORTUNIDADES y sugieren que forma parte de los planes personales de reducción de riesgos. Para ello se echa mano de los paquetes de salud que es responsabilidad de enfermeras y enfermeros distribuidos en sectores. Consiste en una serie de talleres o pláticas relacionados con la promoción del condón y la prevención de infecciones de transmisión sexual incluida la de VIH, apoyados por auxiliares de salud y médicos(as) pasantes.</p>
<p><b>Manejo y distribución de material de apoyo sobre VIH adaptada a las características etáreas, étnicas y de género de la población</b></p>	<p>En ocasiones se cuenta con trípticos y trípticos con información básica de VIH redactados en español y sin adaptarse a las características etarias, de género, étnicas y socioculturales de la población. La condición general es de escasez por faltas de financiamiento.</p> <p>Otros materiales mencionados fueron videos producidos en la década de los noventa del siglo pasado, en pleno auge de la infección en las zonas rurales del país, pero que actualmente a juicio de algunos conejeros(as), está en desuso debido a que no se relaciona con la realidad local y a la caducidad de la información. En su defecto, se sugirió producir spots de radio y televisión.</p> <p>En lo que se refiere a material de apoyo en lengua</p>



	<p>náhuatl, se le considera de poca utilidad y de menor impacto entre la población nahua, debido a esto se desalienta cualquier intento por diseñar folletería en lengua náhuatl o de traducción de los materiales existentes.</p> <p>El acceso al Internet solo está disponible en uno de los municipios y se emplea durante la consejería de manera intimidatoria al centrarse en imágenes de enfermedades relacionadas con el SIDA, esto se ha hecho con la intención de inducir a los (las) pacientes(as) a tomar los recursos terapéuticos que se le indican</p>
<p><b>Obtener el consentimiento informado para la aplicación de la prueba de detección del VIH.</b></p>	<p>El consentimiento informado se solicita de forma cordial, tratando de reducir la ansiedad de los y las pacientes, se le explica nuevamente que hacerse la prueba no indica que necesariamente se esté cursando con la infección. Los consejeros y consejeras mencionan que les dan la oportunidad a las personas de decidir libremente si consienten o no la toma de las muestras sanguíneas para la prueba.</p> <p>En lo que se refiere al aspecto legal de las pruebas de detección, los consejeros y consejeras de la jurisdicción sanitaria diez emplean formatos impresos en donde se estipula que de manera voluntaria e informada el (la) paciente(a) decide hacerse la prueba y pide la firma tanto del (la) médico(a) tratante, el (la) interesado(a) y un(a) testigo(a). En el caso de los y las menores de edad, se solicita la autorización de alguno</p>

	<p>de los padres o tutores.</p> <p>Se documentó un caso en el que se omitió informar a una paciente embarazada sobre la enfermedad y sobre la toma de las muestras para la prueba, es decir, se violaron los derechos de la paciente, situación cuyas consecuencias legales se resolvieron internamente con sanciones administrativas.</p> <p>Para los consejeros y consejeras participantes del estudio, los varones mayores de treinta años, padres de familia, la población indígena nahua y la población con bajo nivel socioeconómico, son los grupos en donde existe dificultad al momento de sugerir la prueba. En los tres últimos grupos mencionados se identificaron actitudes paternalistas, es decir, a los jóvenes, a los indígenas y a los pobres se les infantiliza y se les da un trato tutelar.</p> <p>Las dificultades para realizarse la prueba de detección y obtener el consentimiento informado, ha sido la falta de abasto de los insumos necesarios para hacer la muestra sanguínea, de formatos escritos del consentimiento y los horarios de atención.</p>
<p><b>Aplicación de la encuesta centinela.</b></p>	<p>La encuesta centinela se aplica para determinar si existen criterios diagnósticos que sugieran la infección por VIH en los (las) pacientes(as) en base a las respuestas obtenidas durante la aplicación de la encuesta. Sin embargo su uso no es exclusivo de los consejeros y consejeras, en ocasiones se involucra al</p>

	<p>personal de enfermería para el llenado del formato.</p> <p>Por otra parte, se encontraron críticas de los y las participantes al empleo de la encuesta centinela ya que las preguntas son catalogadas como agresivas para la población local.</p> <p>Un dato interesante obtenido durante las entrevistas, fue el intento de algunas organizaciones campesinas locales, por aplicar las pruebas de detección de VIH a la población en situación de movilidad poblacional de forma obligatoria, en este caso a los jornaleros que se emplean en los campos agrícolas del norte del país ya que son considerados “riesgosos”. A tratar de profundizar y aclarar la cantidad y los nombres de las organizaciones y empresas involucradas en este acto de discriminación y violación a los derechos humanos de los jornaleros agrícolas, no se logró confirmar la información.</p>
<p><b>Indicaciones para recoger los resultados.</b></p>	<p>Esta actividad no siempre la realiza el personal médico que proporciona consejería si no el personal de enfermería que toma las muestras en el área de medicina preventiva.</p> <p>Los resultados de las pruebas por norma de calidad del LE SP se obtienen en 15 días, sin embargo por errores humanos en el manejo de las muestras y la coordinación de las dependencias, este lapso de tiempo no es preciso y puede extenderse hasta por un mes. Por esta razón no se les proporciona a los (las)</p>

	<p>pacientes(as) una fecha exacta en la que se le entregarán los resultados, en especial cuando provienen de localidades de difícil acceso, en estos casos se les hace visitas domiciliarias para citarles a recoger sus resultados en su unidad de salud. Hay que señalar que para dichas visitas, no se le pide autorización a los (las) pacientes(as) lo que puede comprometer la confidencialidad de la prueba como ya se documentó un caso.</p> <p>En la jurisdicción sanitaria diez, los resultados de las pruebas, tanto negativos como positivos son enviados por el LESP a la unidad de vigilancia epidemiológica jurisdiccional. Ahí registran los resultados y se envían a las coordinaciones médicas municipales, éstas cotejan la información con su bitácora de control interno y envían los resultados a los (las) médicos(as) solicitantes del estudio a sus unidades de salud para finalmente hacer la entrega a los (las) pacientes(as).</p> <p>En el caso de los resultados positivos, la unidad de vigilancia epidemiológica jurisdiccional es quien localiza a los (las) pacientes y evalúa si existe personal capacitado en consejería en las coordinaciones médicas municipales. En caso de no existir, asume la responsabilidad de dar el diagnóstico al (la) paciente(a), ya sea trasladándose consejero(a) y paciente a la coordinación médica, o el (la) consejero(a) acudiendo a la unidad de salud, o citando al (la) paciente(a) a la jurisdicción sanitaria.</p>
--	---

<p><b>Entrega de un resultado negativo al VIH y su significado.</b></p>	<p>En la entrega de resultados negativos no hay tanto control. La jurisdicción sanitaria y las coordinaciones médicas municipales los envían a las unidades de salud; siendo el personal de enfermería del área de medicina preventiva quienes entregan los sobres cerrados y confidenciales a los (las) pacientes(as), identificándoles únicamente con su clave RFC.</p> <p>Debido a que se le da prioridad a los resultados positivos de las pruebas, es frecuente que la entrega de resultados negativos sea directa y sin consejería post prueba. No se le indica al (la) paciente(a) que acuda a su consulta médica para complementar la consejería post prueba. Basta con que los usuarios y usuarias se presenten en el lapso de tiempo indicado en el área de medicina preventiva o que se le visite a su domicilio para pedirle que acuda a recoger sus resultados. En ocasiones incluso los consejeros y consejeras no vuelven a tener contacto con el (la) paciente(a) nunca más.</p> <p>En el caso de los consejeros y consejeras que continúan la consejería post prueba, se observó que el día de la cita, los (las) pacientes(as) reciben primero los resultados en medicina preventiva, abren su sobre y se enteran del diagnóstico y posteriormente acuden a la consulta.</p> <p>Los consejeros y consejeras participantes del estudio explican el significado del resultado negativo y hacen una serie de recomendaciones para evitar la infección,</p>
---	---

	<p>es decir se les dice qué hacer a los (las) pacientes(as). También se revisan las dudas y se explora el estado emocional de las personas al conocer sus resultados.</p> <p>Nuevamente se observó un discurso moralizante con la población joven en torno a su vida sexual.</p>
<p><b>Revisión del periodo de ventana y las medidas de prevención.</b></p>	<p>Los (las) consejeros(as) del estudio llevan a cabo la revisión del periodo de ventana durante la entrega de resultados negativos o indeterminados al VIH. Nuevamente prescriben recomendaciones a los (las) pacientes a cerca de lo que deben hacer para evitar la infección.</p> <p>Esto quizá se relacione con el hecho de que no se propicia el diseño de un plan personal de reducción de riesgos, y en este vacío la estrategia es dar <i>consejos</i> con la esperanza de que el intercambio de información propicie cambios de conducta.</p>
<p><b>Revisión del plan personal de reducción de riesgos.</b></p>	<p>Como se recordará, el personal médico de la jurisdicción sanitaria no contribuye a la elaboración de un plan personal de reducción de riesgos de infección con VIH y por otra parte los pacientes y las pacientes no regresan necesariamente con su médico(a) tratante a recoger un resultado negativo, el cual generalmente se entrega directamente interrumpiendo el proceso de la consejería post prueba. Por lo tanto</p>

	<p>durante la entrega de resultados negativos se omite esta actividad.</p>
<p><b>Entrega de un resultado positivo al VIH.</b></p>	<p>La entrega de resultados positivos por parte de los consejeros y consejeras del estudio se hace de manera sensible y comprometida, ya que se reconoce el potencial traumático de un diagnóstico positivo al VIH. En las entrevistas se notó que se posterga la notificación, que se trata de crear un ambiente relajado y que se le proporciona todo el tiempo humanamente posible a los (las) pacientes para contener sus emociones e iniciar el manejo del duelo. En el caso de las unidades de salud que no disponen de consejeros(as) en VIH, los consejeros y consejeras que se involucran piden el historial clínico del (la) paciente(a) antes de entrar en contacto con éstos(as).</p> <p>Durante la notificación, se explica el significado del resultado, incluso se hace de manera tan contundente que los y las pacientes no tengan duda de que el resultado que se le comunica pertenece a su persona. También se vuelve a proporcionar información sobre la infección por VIH tratando de adecuarla a las características etarias, de género, étnicas y socioculturales de los usuarios y usuarias. Para algunos(as) consejeros(as) el sistema de referencias comienza a funcionar en este momento, con la finalidad de reducir la ansiedad y el impacto psicológico del diagnóstico así como para responder a las nuevas preguntas que surgen en torno al manejo de la infección.</p>

	<p>En ocasiones, los y las participantes del estudio, cuidando la confidencialidad y respetando las decisiones de los (las) pacientes(as) permiten que se involucre a familiares, a la pareja o a amigos(as) en la notificación del resultado positivo</p> <p>Dos dificultades mencionadas en la notificación de resultados positivos al VIH fueron: el manejo emocional de pacientes(as) que se realizan tamizaje en laboratorios particulares y sin consejería; y la entrega de resultados positivos a amigos y amigas del (la) consejero(a) debido a que se trata de un área rural en la que todos y todas se conocen.</p>
<p><b>Apoyo psicosocial durante el diagnóstico.</b></p>	<p>Se puede identificar tres sobrepuestos estilos para proporcionar apoyo psicosocial durante un diagnóstico positivo al VIH, de acuerdo con las respuestas obtenidas durante las entrevistas con los y las participantes del estudio:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quienes se enfocan en la dimensión emocional, se ocupan de la reacción de duelo, proporcionan la catarsis o el desahogo de las emociones, que se mantienen próximos(as) físicamente al (la) paciente(a), que intercambia expresiones de solidaridad y que maneja prudentemente los silencios, que emplea su empatía para acompañar a las personas, que se centra en los recursos personales, familiares e institucionales</li> </ol>



	<p>para el manejo de la enfermedad.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Aquellos que se centran en la dimensión racional, promueven la responsabilidad de la situación y de las emociones, evitan el contacto físico, privilegian el manejo de información médica y la resolución de problemas.</li> <li>3. Los que se orientan en hacer sentir bien a los (las) pacientes, que emplean el sentido de humor para desviar la atención en las emociones, que se anticipan a las necesidades de las personas, demuestran excesiva cercanía física y que tienden a ser sobreprotectores(as).</li> </ol> <p>Por su puesto, este es un intento esquemático de esquematizar los estilos para ofrecer apoyo psicosocial derivado de las entrevistas a los y las participantes del estudio, no se pretende tomar como estados fijos y puros más bien trata de ilustrar la interrelación de las distintas respuestas que se mencionaron.</p> <p>Un consejero mencionó tener dificultad para proporcionar contención psicoemocional a adolescentes que se amanerados de edad y se encuentren embarazadas.</p> <p>Al proporcionar apoyo psicosocial, surge la necesidad de hacer entender a los y las pacientes el significado de los términos médicos con los que tendrá que</p>
--	---

	<p>familiarizarse. También se les proporciona orientación y ayuda para obtener los recursos económicos necesarios para trasladarse a la capital del Estado a recibir atención en el CAPASIT.</p>
<p><b>Propiciar la aceptación de la nueva condición serológica al VIH.</b></p>	<p>Los consejeros y consejeras de la jurisdicción sanitaria diez, contribuyen para que las personas comiencen a dar los primeros pasos hacia la aceptación y resignificación de la enfermedad a través del intercambio de información sobre la enfermedad, proporcionando un panorama esperanzador debido a la disponibilidad de medicamentos y de servicios de salud especializados e instigando a que las personas se involucren activamente con el cuidado de su salud.</p> <p>Las reacciones emocionales violentas de los y las pacientes durante el diagnóstico, son manejadas a través del uso del poder, amenazando, manipulando y culpando: <i>“Le dije ¿sabes qué? ¡Siéntate! no eres niño, eres adulto, si quieres hacer un escándalo te lo puedo hacer yo ¿sí? porque ya platicué con tu señora es una divina gente, no puedo meter las manos al fuego por ella, pero si casi estoy seguro, estoy seguro, seguro al 100% que tú fuiste el que adquirió la enfermedad, entonces ya cálmate porque si no el escándalo te lo hago yo, ¿qué quieres?”</i><sup>3</sup></p> <p><i>“... ya se sentó, se calmó [...] en ese momento es que se pierde totalmente la situación y ya no hay una buena relación médico-paciente, donde tienes que</i></p>

<sup>3</sup> Ibidem.

	<p><b><i>obligarlo a que se calme incluso amenazarlo, y decirle bueno te calmas o le puedo pedir a tu esposa que te demande...</i></b><sup>4</sup>(Las negritas son mías).</p>
<p><b>Empleo de recursos socioculturales y comunitarios para mitigar el impacto psicológico del diagnóstico.</b></p>	<p>Ningún participante mencionó emplear recursos socioculturales o comunitarios para mitigar el impacto psicológico del diagnóstico.</p>
<p><b>Consejería en VIH-SIDA para la población nahua.</b></p>	<p>En lo que se refiere a la consejería en VIH para la población indígena nahua, los y las participantes del estudio coincidieron en que es una atención fría, centrada en aspectos muy concretos de la infección y orientada a obtener el consentimiento informado para la toma de la muestra.</p> <p>Se caracteriza por las barreras de comunicación ya que los consejeros y consejeras no hablan la lengua náhuatl y desconocen las formas locales de la población para referirse a aspectos relacionados con la sexualidad y la muerte, pero también se ignora el proceso salud-enfermedad de la cosmovisión nahua.</p> <p>Para resolver estas dificultades, se emplean traductores y traductoras, que generalmente es el</p>

<sup>4</sup> Ibidem.

	<p>personal de enfermería y que con frecuencia son originarios(as) de las comunidades nahuas. También se busca apoyo con las auxiliares de salud. Al ser necesaria la triangulación de la comunicación, la consejería en VIH se torna informativa y se desatienden los aspectos psicoemocionales de la población indígena nahua y monolingüe. Los objetivos de la consejería quedan reducidos a proporcionar información y a conseguir la autorización para aplicar la prueba.</p>
<p><b>Involucramiento de líderes y lideresas indígenas en la respuesta al VIH-SIDA.</b></p>	<p>La participación de la población indígena nahua se reduce en apoyar la campaña anual conmemorativa del día internacional de la lucha contra el SIDA. Se les involucra en talleres de prevención de ITS y el uso adecuado del preservativo, como se podrá notar, se les considera agentes pasivos a quienes se les instruye mediante indicaciones ya que la percepción que prevalece es que la población indígena “<i>toma a juego</i>” la prevención.</p> <p>También se considera que involucrar a la población indígena de manera activa en las acciones de prevención implicaría violar la confidencialidad de las PVV. O en su defecto requeriría coordinar a las comunidades, lo que implicaría un trabajo excesivo y extra a las actividades que se desempeñan en los diferentes puestos de trabajo.</p>

<p><b>Garantizar la confidencialidad de la prueba y de los resultados.</b></p>	<p>Se garantiza mediante el manejo discreto de la información, sin emplear los nombres en las muestras, entregando los resultados positivos en sobres cerrados y custodiados por el personal del programa de vigilancia epidemiológica.</p> <p>Existen dificultades porque no se cuenta con espacios físicos fijos, adecuados y libres de interrupciones. Por otra parte se realizan visitas domiciliarias no consentidas que comprometen la privacidad y la confidencialidad de los y las pacientes pues levanta la sospecha de familiares y vecinos. También se mencionó el temor de los usuarios y usuarias de encontrarse con amigos(as) o conocidos en el personal médico de las unidades de salud.</p> <p>Se documentó un caso en el que se descuidó la confidencialidad de las pruebas al realizar una visita domiciliaria, ocasionando estigma y discriminación en el círculo social en el que se desarrollaba un paciente, obligándolo a abandonar su lugar de origen.</p>
<p><b>Garantizar la confidencialidad en el uso de traductores(as).</b></p>	<p>No se han documentado violaciones en la confidencialidad de las pruebas y los resultados por parte de los (las) traductores(as), sin embargo los consejeros y consejeras consideran que éstos(as) no cuentan con la debida capacitación aunque la percepción general ha sido que el uso de traductores(as) ha significado un inestimable recurso de apoyo durante sus consejerías.</p>

<p><b>Seguimiento de contactos.</b></p>	<p>De acuerdo a la organización interna del programa de VIH, esta actividad es exclusiva de la personal de programa de vigilancia epidemiológica.</p>
<p><b>Manejo del síndrome de desgaste emocional de los consejeros y consejeras en VIH.</b></p>	<p>Los y las participantes del estudio negaron síntomas relacionados con la consejería en VIH y se refirieron al desgaste emocional derivado de las otras actividades que realizan en sus respectivos puestos de trabajo. La SSH se limita a sugerirles llevar un proceso psicoterapéutico, pero solo una entrevista por las características de la atención que realiza, decidió llevar dos procesos terapéuticos de manera independiente pues su centro de trabajo no les proporciona este recurso.</p>

#### **4.1.1 CONCLUSIÓN SOBRE LOS RECURSOS TÉCNICOS DE LOS (LAS) CONSEJEROS(AS) EN VIH-SIDA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA DIEZ.**

La consejería es una relación de ayuda en la que se hace uso de habilidades de comunicación para desarrollar el autoconocimiento, la aceptación, el crecimiento emocional y los recursos personales. Se basa en el diálogo, donde se puede ubicar una tesis, una antítesis y una síntesis. Se caracteriza principalmente por ser focalizada, es decir se centra en las preocupaciones de la persona que pide ayuda, por su delimitación precisa de los objetivos de la relación, por su duración acotada y por su función psicosocial al proporcionar contención.

Los consejeros y consejeras de la jurisdicción sanitaria diez proporcionan una consejería en VIH-SIDA fundamentada en el modelo psicológico cognitivo-conductual, en la que se privilegia el intercambio de información referente al proceso infeccioso, limitada a los aspectos biomédicos y epidemiológicos de la enfermedad.

Este enfoque se puede clasificar como al tanto de directivo, es decir, su implementación requiere que los consejeros y consejeras dirijan todo el proceso y que los y las pacientes asuman un rol receptivo. El (la) especialista prescribe una serie de consejos o recomendaciones para resolver una dificultad, en este caso, evitar la infección con VIH. Como podrá notarse, aquí se permea la influencia pedagógica característica de la promoción de la salud.

La actualización técnica de la consejería en VIH llevada a cabo por ONUSIDA introdujo el enfoque centrado en la persona, la cual se distingue por colocar en el centro de la relación de ayuda a la persona, sus cogniciones, su subjetividad, sus valores y sistema de creencias. En este enfoque el intercambio de información es útil pero no es suficiente para promover cambios de conducta duraderos a largo plazo, en lugar de ello se emplea el diálogo con la finalidad de que las personas logren conocerse a sí mismas, descubran sus recursos y limitaciones para hacer frente a un problema en específico y se alienta a tomar decisiones informadas y fincadas en la autodeterminación.

Por otra parte, el objetivo de la consejería proporcionada en la jurisdicción sanitaria es obtener el consentimiento informado y hacer la toma de las muestras sanguíneas para la prueba de tamizaje. Es por ello que se proporciona información acerca de la enfermedad y de la conveniencia de la prueba durante todo el proceso, dejando a un lado la dimensión psicosocial y subjetiva que conlleva la decisión de hacerse la

prueba, es decir, se centra en los aspectos mórbidos de la enfermedad y se evita la dimensión humana y sociocultural de la misma.

Debido a la limitada capacitación que tuvieron los consejeros y consejeras, el empleo de técnicas de comunicación es reducida, valiéndose del sentido común y la comunicación no verbal para enriquecer sus intervenciones. La ausencia de entrenamiento en habilidades de comunicación es consonante con los objetivos de la consejería a nivel institucional, o sea obtener la muestra sanguínea y proporcionar información. No es la persona la que se pone en el centro de la relación sino la enfermedad.

La consejería en VIH se distingue de otros tipos de consejerías, porque durante todo el proceso aborda temas relacionados con la sexualidad. Para ello los y las participantes se basan en la aplicación de la encuesta censinela, es decir, en un interrogatorio para determinar la existencia de *“factores de riesgo”* y la pertenencia a alguno de los denominados *“grupos de riesgo”*.

Los interrogatorios tienen la desventaja de ser sumamente directivos e intimidatorios, desalientan la exploración reflexiva de las conductas, emociones y creencias de las personas, asemejándose a un interrogatorio policiaco en el que se busca encontrar los *“delitos”* para *“castigar”* la conducta desviada a las normas sociales.

La categoría de *“grupo de riesgo”*, del discurso epidemiológico se centra en las conductas, es decir en lo que las personas hacen o dejan de hacer y que las coloca en una posición de desventaja para adquirir la infección. Este discurso estigmatiza y coloca la responsabilidad de la enfermedad en las personas, sin tomar en cuenta los determinantes económicos y socioculturales que inciden en la diseminación de la infección entre la población.



Otros aspectos importantes en la consejería y que son desestimados en la jurisdicción sanitaria diez, tiene que ver con la toma de decisiones informadas, la revisión de las implicaciones físicas, psicológicas, económicas, familiares, sociales y legales de las pruebas de tamizaje del VIH y la elaboración de un plan personal de reducción de riesgos.

La consejería ofrecida en la SSH solo toma en cuenta el aspecto biomédico de la enfermedad, no se toma en cuenta otras dimensiones de la misma. En lo que se refiere al plan de reducción de riesgos, su ausencia durante la atención, desaprovecha la oportunidad de reflexionar en torno a los determinantes que inciden en la conducta de los y las pacientes, mismas que aumentan la vulnerabilidad a la enfermedad. Por otra parte, el plan comprometería a las personas a emplear sus recursos en el cuidado de su salud sexual.

La consejería en VIH propuesta por O NUSIDA, se centra en la relación con la persona y se apoya brevemente en el intercambio de material de apoyo sobre VIH gratuito. Debido a las políticas neoliberales en salud, regidas por el costo-beneficio, la estrategia de prevención ha apostado llegar a sectores amplios de la población con un mínimo de inversión lo que se observa en el financiamiento de talleres de prevención considerados dentro de los mini-paquetes de salud o en las campañas del sistema DIF estatal.

En lo que respecta a los materiales de apoyo en lengua nahua, no existen intenciones a corto plazo para producirlos ya que se considera que tienen un impacto menor en la población blanco, esto limita el derecho de la población indígena nahua a recibir información relacionada con el cuidado de su salud en su lengua materna.

El uso intimidatorio de la información está contraindicado. El empleo de imágenes descargadas de la Internet y relacionadas con la fase de SIDA refuerza las representaciones sociales que vinculan a la enfermedad con la muerte, lo que contribuye a atemorizar a la población y reproducir las creencias irracionales alrededor del VIH.



Usuarios de los servicios médicos de la SSH.

Aun cuando la consejería en VIH of recida en la jurisdicción sanitaria diez busca obtener el consentimiento informado y la toma de las muestras de la prueba, se ha documentado un caso reciente de violación de los derechos de los y las pacientes. La firma de este documento representa un recurso de protección legal para el personal médico, en este caso la denuncia de una paciente puso en manifiesto la omisión de esta actividad, lo que atenta contra la dignidad de las personas.

Hace falta profesionalizar el tiempo de respuesta del LE SP para que la entrega de los resultados de las pruebas se haga en forma, lo cual facilitaría el trabajo del personal médico en las unidades de salud y se protegería la intimidad de los y las pacientes al dejar de realizarse visitas domiciliarias sin consentimiento, las cuales ocasionan estigma y discriminación como se tiene documentado un caso.

También se observó una falta de organización en la entrega de resultados negativos, éstos son entregados de forma directa a los y las pacientes por el personal de enfermería en el área de medicina preventiva, interrumpiendo el proceso de consejería post-prueba a lo que no requiere entrevistarse con el (la) médico(a) tratante. En este caso se desaprovecha la ansiedad que experimentan los y las pacientes durante la espera de los resultados, para promover cambios de conducta o la modificación del plan personal de reducción de riesgos.

Otro aspecto técnico que es necesario modificar son las actitudes paternalistas o clientelares del personal médico, se observaron en reiteradas ocasiones discursos moralizantes hacia la población móvil y hacia la población joven. El empleo de diminutivos para referirse a personas en específico, conlleva la intención de infantilizarlas, es decir, suponer que su inocencia o su torpeza demandan protección, educación y cuidados especiales. Estas conductas se notaron en el trato con la población nahua, los jóvenes y las mujeres embarazadas.



Usuarios nahuas de los servicios de salud de la SSH.

Durante la entrega de resultados positivos al VIH surgen dificultades en relación al apoyo psicoemocional. Como se recordará, el personal médico de la jurisdicción sanitaria diez no está debidamente capacitado para ofrecer atención emocional ni para ejercer redes familiares y sociales de apoyo alrededor de la persona diagnosticada. En este mismo sentido, al ofrecer de acompañamiento psicológico, los consejeros y consejeras manifiestan desgaste emocional al diagnosticar a adolescentes menores de edad embarazadas o al lidiar con pacientes que reaccionan de manera violenta al diagnóstico.

Complementando lo anterior, la consejería respeta la expresión de las emociones de las y los pacientes, aún las más agresivas, en un ambiente de cuidado, reflexión a través de técnicas de comunicación avanzadas que les permitan a las personas aceptar sus emociones, integrándolas a su autoconocimiento.

Para facilitar la aceptación de la nueva condición serológica al VIH, el O NUSIDA sugiere que los consejeros y consejeras integren los recursos comunitarios disponibles en las localidades o aspectos del contexto sociocultural que faciliten la resignificación de la enfermedad. Para esto se requiere estar en contacto con instituciones, grupos y organizaciones con trabajo en VIH, Derechos Humanos e incluso aquellos de tipo asistencial y espiritual.

Debido a que en la región Huasteca no existen organizaciones no gubernamentales con trabajo en VIH, las y los pacientes no cuentan con el recurso así como tampoco existe un programa de VIH en la Visitaduría de Derechos Humanos de la Sierra y la Huasteca con sede en Huejutla, Hidalgo. En lo que se refiere a grupos de apoyo asistencial y espiritual, se tiene conocimiento del trabajo que lleva a cabo la Compañía de Santa

Teresa de Jesús en una localidad indígena nahua del municipio de Xochiatipan, pero es desconocida por la jurisdicción sanitaria

El enfoque intercultural se adapta a la consejería a través del trato respetuoso y el apoyo de traductores y traductoras durante el proceso, generalmente personal de enfermería. La atención se torna mucho más concreta y fría debido a las dificultades de comunicación.



Medicina tradicional.

Aun cuando el personal de enfermería significa un valioso recurso durante la consejería en VIH, no se le ha capacitado en ética ni mucho menos en consejería, lo cual sería provechoso porque a menudo conocen la cosmovisión del pensamiento nahua, las formas locales para referirse a la sexualidad y el trayecto salud-enfermedad-atención indígena, además compartir el mismo idioma hace más cálido el servicio.

Sin embargo aún hace falta involucrar a los líderes y lideresas nahuas en la respuesta al VIH, incluirles en el diseño de programas y materiales de prevención, emplear sus conocimientos, sus valores y recursos comunitarios en la atención de esta enfermedad. Hasta ahora

ser ha reproducido el esquema de la medicina hegemónica, asignándoles una participación pasiva, muchas veces clientelar y condescendiente.

#### 4.2 LOS RECURSOS INSTITUCIONALES PARA LA CONSEJERÍA EN VIH-SIDA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA DIEZ.

<b>Variable: Recursos institucionales para la consejería en VIH-SIDA</b>	
<b>Instrumento: cuestionario</b>	
<b>Indicadores</b>	<b>Resultados</b>
<b>Condiciones de iluminación, ventilación y privacidad del espacio para ofrecer consejería.</b>	<p>Las instalaciones de los inmuebles que pertenecen a la jurisdicción sanitaria diez no reúnen las características mínimas de ventilación, iluminación y privacidad necesarias para crear una atmósfera de intimidad y confort.</p> <p>Para la entrega de resultados, se refiere a los y las pacientes a otras unidades de salud u oficinas de coordinación municipal con la finalidad de resolver los problemas de confidencialidad que conlleva el no contar con espacios físicos adecuados y fijos.</p>
<b>Materiales de apoyo gratuitos sobre VIH-SIDA.</b>	<p>Los materiales de apoyo sobre VIH-SIDA impresos que se regalan en las unidades de salud de la jurisdicción sanitaria son dípticos y trípticos, redactados en español. Generalmente escasea este recurso.</p>

	<p>No existe material de apoyo redactado en lengua náhuatl. Para esta población se contaba con video grabaciones sobre el tema en dos municipios pero actualmente están en desuso.</p> <p>En uno de los centros de trabajo se cuenta con conexión a Internet, la cual es empleada como un recurso de apoyo para la prevención.</p> <p>Otros materiales ocasionalmente disponibles son carteles conmemorativos de la lucha contra el SIDA o de campañas de prevención federales y estatales.</p>
<p><b>Pruebas rápidas e insumos para la toma de las muestras sanguíneas.</b></p>	<p>Las pruebas rápidas empleadas por la SSH son la Uni-Gold HIV, la cual requiere una gota de sangre de uno de los dedos de la mano para el tamizaje, el resultado se obtiene en diez minutos. Su porcentaje de confiabilidad es muy alta y satisface las normas de calidad de la SSH.</p> <p>La prueba se ofrece casi de forma exclusiva a mujeres embarazadas que acuden al programa de control prenatal como protocolo de atención. Si el recurso está disponible en ocasiones se ofrece a usuarios(as) que pertenecen a alguno de los “grupos de riesgo” o a pacientes con criterios diagnósticos que</p>

	<p>hagan sospechar de la infección.</p> <p>Los insumos para la toma de las muestras sanguíneas para la prueba que con frecuencia faltan en las unidades de salud, son pruebas rápidas, jeringas, tubos de ensayo, guantes y torundas.</p> <p>Un encuesta dijo que para el abastecimiento de pruebas rápidas e insumos para la toma de las muestras, se elabora anualmente un programa de metas en detección de VIH a nivel jurisdiccional y se envían a la SSH, para conformar el presupuesto estatal en materia de salud.</p> <p>La jurisdicción sanitaria es quien resguarda los insumos, las pruebas rápidas son administradas por la unidad de vigilancia epidemiológica jurisdiccional, a ella se dirigen las coordinaciones municipales y a éstas las unidades de salud. La solicitud de abastecimiento se realiza de manera escrita o verbal.</p>
<p><b>Capacitación en consejería y temas relacionados con el VIH-SIDA.</b></p>	<p>El personal médico que brinda consejería en VIH en la población que nos ocupa, comenzó a incorporarse a la SSH y entregar diagnósticos positivos entre los años 2000 al 2008.</p> <p>Los y las participantes del estudio solo han</p>



	<p>tenido una capacitación en consejería impartida por el personal de la Centro de Atención a Víctimas (CAVI) del Estado y una organización de la sociedad civil con trabajo en VIH-SIDA de Pachuca, en el año de 2005. Una de las encuestadas dijo no haber sido capacitada en el tema pero debido a que tiene formación en psiquiatría se le involucró en la entrega de resultados.</p> <p>En el último año, los consejeros y consejeras no han recibido capacitación en el tema, a excepción de un participante con cargo directivo, quien mencionó haber sido capacitado en prevención del VIH, formas de transmisión, riesgos laborales y Derechos Humanos.</p>
<p><b>Programas de salud a los que se integra la consejería en VIH-SIDA.</b></p>	<p>La consejería en VIH se ofrece en los siguientes programas de salud: ITS, Tuberculosis, planificación familiar, salud materno-infantil y atención integral.</p> <p>Otros programas mencionados son el de atención al adolescente, el de niños y niñas menores de cinco años y de salud mental.</p>
<p><b>Tiempo de respuesta para obtener el tamizaje en VIH-SIDA.</b></p>	<p>Dos participantes del estudio mencionaron que el tiempo de respuesta del LESP, para obtener el tamizaje de las pruebas de VIH es de quince</p>

	<p>días.</p> <p>Uno de ellos mencionó que el promedio de tiempo varía de 16 días a un mes y otra de las participantes lo desconoce.</p> <p>La variación en el tiempo de respuestas se relaciona con las dificultades para enviar las muestras al LE SP, errores humanos en el manejo de las muestras y problemas durante el procesamiento de los reactivos.</p>
<p><b>El consentimiento informado, la encuesta centinela, la confidencialidad de la prueba y el estudio de contactos.</b></p>	<p>Los y las participantes del estudio mencionaron obtener el consentimiento informado para la toma de las pruebas una vez que el (la) paciente(a) ha recibido información básica sobre VIH-SIDA y que haya entendido el significado de los posibles resultados y la evolución de la infección, respetando la decisión de los y las pacientes.</p> <p>En el caso de la población nahua, el consentimiento y la encuesta centinela se obtiene mediante el uso de traductores(as), generalmente personal de enfermería.</p> <p>La encuesta centinela se aplica a los “<i>grupos de riesgo</i>” ya que son percibidos como poblaciones con más “<i>factores de riesgo</i>” para adquirir la infección. Una participante dijo no aplicarla personalmente porque su área es la</p>

	<p>salud mental, derivando la responsabilidad al área de epidemiología de su centro de trabajo.</p> <p>Otra participante dijo aplicar la encuesta centinela a todas las personas que solicitan la prueba de VIH porque le ayuda a determinar cuáles son los factores de riesgo de la población.</p> <p>La confidencialidad de la consejería, la aplicación de las pruebas y la entrega de resultados se garantiza mediante el uso discrecional de la información que se comparte. El manejo de los resultados de las pruebas se hace evitando los nombres de los y las pacientes, empleando la CURP o RFC y enviándolos en sobres cerrados y sellados. El uso de traductores(as) se hace con autorización del (la) paciente(a) y con la advertencia de responsabilizarle en caso de afectar moralmente a los y las pacientes al violar la confidencialidad.</p> <p>El estudio de contactos lo realiza la unidad de vigilancia epidemiológica, con apoyo de las coordinaciones médicas municipales. Los consejeros y consejeras no participan en esta actividad.</p>
<p><b>Notificación de casos de VIH y SIDA.</b></p>	<p>La notificación de casos de VIH o de SIDA al sistema de vigilancia epidemiológica se realiza</p>

	<p>de la siguiente forma: cuando son unidades de salud, el personal de consulta externa que solicitó el estudio llena el formato de notificación de casos y lo informa una vez a la semana al área de epidemiología de la unidad. Los y las responsables del área de epidemiología de las unidades de salud entregan las notificaciones de caso a la coordinación médica que le corresponde.</p> <p>Cuando se trata de una coordinación médica, como su función es de enlace entrega las notificaciones en un sobre cerrado y con la leyenda “confidencial” al encargado del programa de vigilancia epidemiológica jurisdiccional. La jurisdicción sanitaria envía las notificaciones de manera confidencial al área de epidemiología estatal una vez a la semana junto con la notificación estadística al SUIVE.</p> <p>La única dificultad que se mencionó sobre la notificación de casos de VIH o SIDA, ha sido cuando el diagnóstico lo hace otra institución de salud y se notifica a la jurisdicción sanitaria fuera de los tiempos establecidos.</p>
<p><b>La perspectiva intercultural de salud en el plan estatal de VIH-SIDA y en la consejería.</b></p>	<p>Los y las participantes del estudio refieren conocer la Norma Oficial NOM-010-SSA2-1993 y solo un encuestado conoce el plan estatal de VIH-SIDA al que describió como un diagnóstico estatal en VIH y SIDA en el que se</p>

	<p>han propuesto estrategias generales para el control de la infección y cuya última actualización hecha fue en el año de 2005. Desde entonces no ha habido seguimiento.</p> <p>En lo que se refiere a la práctica médica con perspectiva de salud intercultural, un participante dijo ofrecer una atención médico-paciente en la que se despoja de los títulos académicos y asume una actitud de respeto hacia los (las) pacientes(as).</p> <p>Dos participantes afirmaron integrar la perspectiva intercultural de salud en su práctica empleando traductores(as), es decir, resolviendo la dificultad del lenguaje. Un encuestado no respondió.</p>
<p><b>Coordinación entre las dependencias involucradas en la prevención y atención del VIH-SIDA.</b></p>	<p>Debido a la organización vertical de la SSH, las dependencias involucradas en la prevención y atención de VIH-SIDA y las unidades de salud como las bases de la pirámide organizacional, no siempre se mantienen en contacto directo, por lo que se desconoce la mayoría de las veces la eficacia y pertinencia de las mismas, como mencionó una de las encuestadas.</p> <p>La opinión general sobre la coordinación entre el LESP, la unidad de vigilancia epidemiológica jurisdiccional y las unidades de salud, son</p>

	<p>favorables, calificándolas como muy eficiente o eficientes.</p> <p>En materia de financiamiento también se desconoce el uso de los recursos y el porcentaje destinado a la atención y prevención del VIH en el Estado. Se evaluó como deficiente por los y las participantes del estudio y se mencionaron carencias de material impreso, personal capacitado en el tema y financiamiento a campañas de prevención para población indígena, púberes y adolescentes.</p> <p>Tres participantes evaluaron la coordinación entre las dependencias de los Servicios de Salud de Hidalgo involucradas en la respuesta al VIH y la población indígena como deficiente.</p> <p>Mencionaron en este sentido, falta de sensibilidad y de involucramiento de las dependencias. Consideran que hace falta recursos humanos para un módulo de atención especializada en la región, mayor involucramiento de las presidencias municipales y del sector educativo.</p>
<p><b>Síndrome de Burn Out.</b></p>	<p>Los (las) consejeros (as) de la jurisdicción sanitaria diez realizan esta actividad profesional de forma complementaria a sus labores, es decir, no se dedican</p>

	<p>exclusivamente a proporcionar consejería en VIH. El personal dedicado a la vigilancia epidemiológica coordina los programas de todas las enfermedades transmisibles y no transmisibles, distribuyéndose en las unidades de salud, en los municipios y en la jurisdicción sanitaria.</p> <p>El coordinador médico municipal funge como gestor e intermediario entre las unidades de salud de su municipio y la jurisdicción sanitaria, hospitales de segundo nivel, presidencia municipal e instituciones de educación pública.</p> <p>La encargada del módulo de salud mental atiende los padecimientos emocionales de los pacientes que acuden a consulta, enfocándose en las dimensiones biopsicosociales para su rehabilitación, solo por citar algunas de las actividades más apremiantes de los y las participantes del estudio.</p> <p>Se negaron síntomas de desgaste emocional relacionados con la atención de VIH-SIDA, pero se mencionó este como secundario a las actividades de los distintos puestos que ostentan los consejeros y consejeras.</p>
--	--

#### **4.2.1 CONCLUSIÓN SOBRE LOS RECURSOS INSTITUCIONALES PARA LA CONSEJERÍA EN VIH-SIDA DE LA JURISDICCIÓN SANITARIA DIEZ.**

En la respuesta a la pandemia de VIH-SIDA, el Estado, a través de la Secretaría de Salud, delega a los descentralizados Servicios de Salud de los Estados, la responsabilidad de organizar e implementar los programas de prevención y atención de la infección, tomando como referente organizacional los criterios sugeridos por el CENSIDA.

La calidad, pertinencia y eficacia de la consejería en VIH, está relacionada con las políticas de salud, es decir, dependerá del grado de prioridad que le asignen los tomadores de decisiones, los recursos financieros que se le destine y la evaluación de que se le haga a los programas de prevención y atención, que generalmente se hacen mediante el análisis del costo-beneficio. Como podrá notarse, no basta con la buena voluntad del personal médico que se compromete con la prevención y atención del VIH-SIDA. Se requiere organizar la respuesta tomando en cuenta a los distintos sectores de la población, proporcionar capacitación y monitoreo continuo, asignar recursos materiales y financieros a los programas, investigación y propiciar el diálogo así como el trabajo multisectorial.

En el caso concreto de la jurisdicción sanitaria diez, esta funciona como coordinadora y evaluadora de las acciones de prevención y atención de VIH-SIDA llevadas a cabo por la SSH en la región, enfermedad que está incluida en el programa de vigilancia epidemiológica nacional. De ella dependen las coordinaciones médicas municipales y a su vez, las unidades de salud.

La consejería en VIH está incluida en todos los programas de atención a la salud, en teoría el personal médico adscrito a la SSH



proporciona consejería pre-prueba durante la consulta externa, pero para la entrega de resultados positivos durante la situación posterior al tamizaje, la jurisdicción sanitaria cuenta con siete profesionistas de la salud capacitados(as) para la entrega de resultados y proporcionar apoyo psicosocial distribuidos(as) en los siete municipios de la Huasteca, lo cual resulta insuficiente considerando el volumen de la población.

Los consejeros y las consejeras tuvieron una sola capacitación antes de involucrarse con la notificación de la enfermedad, la cual resulta insuficiente para desarrollar habilidades en el manejo de técnicas de comunicación y de contención psicoemocional.



Condiciones de iluminación y ventilación en uno de los consultorios.

El recorte de financiamiento ha sido el motivo por el cual los consejeros y consejeras no cuentan con instalaciones físicas con las condiciones necesarias para ofrecer consejería y garantizar la confidencialidad de la prueba. También ocasiona la falta de materiales de apoyo impresos y audiovisuales, la escasez de insumos necesarios para la toma de las muestras y el abasto de pruebas rápidas.

Por esta razón, las pruebas rápidas son destinadas principalmente para las mujeres embarazadas que acuden al programa de control prenatal, basándose en el criterio de dar preferencia a los *grupos de riesgo*. Un aspecto que es necesario comentar es que en el presente sexenio, el programa de control prenatal es prioritario, y se le destina un nutrido financiamiento. En el estado de Hidalgo, el VIH-SIDA es una enfermedad emergente



Oficina en la se realiza consejería en VIH.

En la jurisdicción sanitaria diez se obtiene el consentimiento informado para la aplicación de las pruebas de detección de VIH, se aplica la encuesta centinela y se realiza la notificación de casos de VIH y SIDA al SUIVE de acuerdo a lo estipulado por el manual de vigilancia epidemiológica de la Secretaría de Salud. Sin embargo ha habido un caso en el que se omitieron estas actividades, violentando los derechos de una paciente.

La confidencialidad de la prueba y de los resultados son debidamente garantizados, sin embargo no se ha logrado capacitar al personal de enfermería que funge como traductores y traductoras sobre las implicaciones éticas de esta actividad. De hecho debido a las

habilidades de comunicación en el idioma náhuatl, los enfermeros y enfermeras podrían fungir como consejeros(as) en VIH para la población nahua si se les capacitara y monitoreara.

Debido a la organización vertical de los Servicios de Salud de Hidalgo, no existe una comunicación directa entre la base de la pirámide y la cúpula, aún así los y las participantes del estudio evaluaron la coordinación entre las distintas dependencias involucradas en la atención al VIH-SIDA de manera positiva. Coincidieron en la opinión de que el financiamiento es reducido, sobre la necesidad de sensibilizar e involucrar a los tomadores de decisiones con las dificultades de la atención y en propiciar una profesionalización de la consejería.

La perspectiva de la salud intercultural en la consejería que se ofrece en la jurisdicción sanitaria diez, se reduce a resolver las limitaciones derivadas de las diferencias de idioma entre consejeros(as) y pacientes(as) mediante el apoyo de traductores y traductoras, y en asumir una actitud de iguales.

Aunque parte importante de la perspectiva intercultural en salud aboga por una coexistencia equitativa y justa entre los grupos provenientes de distintas culturas, la negación del manejo del poder durante la interacción entre el personal médico que proporciona consejería y la población nahua, afecta aún más la relación pues como se pudo observar durante el análisis de los recursos técnicos en consejería, las actitudes paternalistas y clientelares emergen precisamente desde esos puntos ciegos donde los consejeros y consejeras niegan y no analizan su propio uso del poder.

Por esta razón es necesario profesionalizar la consejería, proporcionar seguimiento y monitoreo continuo a los consejeros y consejeras, de tal manera que adquieren habilidades como facilitadores

centrados en la persona, propiciando la participación activa y la toma de decisiones en torno a la salud de los asesorados y asesoradas. Aquí también se incluye la necesidad de proporcionar a los consejeros y consejeras recursos para manejar los síntomas de desgaste emocional secundarios a la atención de PVV.



Periódico mural en un centro de salud.

El enfoque intercultural no solo tiene como objetivo establecer relaciones simétricas y de profundo respeto a las diferencias, demanda evitar el asistencialismo, la integración de los y las diferentes en una sociedad homogénea, persigue la inclusión desde una base de autonomía, en la que se ejerza el derecho a participar y a decidir libremente sobre aquello que es importante para cada grupo y específico, es decir reconocer las identidades culturales, proporcionar bienes y recursos que faciliten su proceso de ruptura con la subordinación.

#### 4.3 LA CONSEJERÍA EN VIH-SIDA PROPORCIONADA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA DIEZ.

<b>Variable: Recursos técnicos e institucionales en consejería en VIH-SIDA.</b>	
<b>Instrumento: cuestionario a usuario(a).</b>	
<b>Indicadores</b>	<b>Resultados</b>
<b>Crea una atmósfera de intimidad y confianza.</b>	El ( la) co nsejero(a) inspiró confianza, l ogró que l a paciente le compartiera todo lo relacionado con su vida sexual y el uso de d rogas. D urante e l proceso l ogró transmitirle la sensación de estar siendo acompañada.
<b>El consejero o consejera asume una actitud no directiva.</b>	La act itud d urante e l pr oceso de c onsejería f ue directiva, habló más el (la) consejero(a) y escuchó más la paciente.
<b>Identifica y clarifica las preocupaciones y el riesgo de infección de las personas.</b>	Durante la consejería, el (la) consejero(a) i dentificó l a preocupaciones y las conductas de r iesgo de l a paciente, t ambién respondió las preguntas que surgieron durante la comunicación.
<b>Proporciona información general sobre la</b>	La participante del estudio dijo haber obtenido mucha información útil durante la consejería, en especial para reducir e l r iesgo de co ntagio si n embargo aún l e

<b>infección.</b>	quedaron dudas.
<b>Consejero(a) y paciente(a) contribuyen para elaborar un plan personal de reducción de riesgos.</b>	Una vez que el ( la) consejero(a) le ayudó a la participante a pensar sobre las conductas que le ponían en riesgo de contagio con VIH, ambos diseñaron un plan personal de reducción de riesgos, en el que el ( la) consejero(a) proponía lo que la paciente debía hacer.
<b>Entrega los resultados de la prueba de forma humana y proporciona apoyo psicosocial.</b>	En la experiencia de la participante del estudio, la entrega de los resultados no fue hecha de forma humana, tampoco se le proporcionó apoyo psicoemocional durante la notificación ( en este caso de un resultado negativo) ni se le asesoró para replantear su plan personal de reducción de riesgos.

#### **4.3.1 CONCLUSIÓN DE LA CONSEJERÍA EN VIH SIDA PROPORCIONADA EN LA JURISDICCIÓN SANITARIA DIEZ.**

La consejería se configura a través de los recursos institucionales disponibles con los que se organiza la prevención y atención, pero también de los recursos técnicos que posee el personal médico y que se ponen de manifiesto durante la prestación de este servicio.

Una dificultad que se encontró durante el proceso de la investigación fue aplicar los cuestionarios a usuarios que acuden a las unidades de salud de la SSH de forma voluntaria y preservar la confidencialidad de las pruebas de detección de VIH. Debido a que era prácticamente imposible entrar en contacto directo con los y las pacientes para entrevistas u observaciones, se optó por apoyarse del personal médico para obtener al menos la aplicación de un cuestionario con su respectivo consentimiento informado.

Analizando las respuestas de la participante de la estudio, encontramos que el servicio de consejería proporcionado por el personal médico de la jurisdicción sanitaria diez se caracteriza por la actitud directiva de los consejeros y consejeras, como ya se había notado con anterioridad, se emplea el capital de poder de la relación médico-paciente para influir en la conducta de las personas que se involucran en la situación de prueba de VIH, reproduciendo las relaciones asimétricas y de tutelaje en las que se aconseja o se hacen recomendaciones a las personas, sin tomar en cuenta los alcances de la vulnerabilidad, los recursos comunitarios, el sistema de valores y creencias de los grupos de la población, es decir negando las diferencias.

Por otra parte, aunque se comparte información general de la infección, dista mucho en que por sí sola genere cambios de conducta profundos y duraderos en la vida e intimidad de las personas. Generalmente la atención se centra en los aspectos biomédicos del proceso infeccioso y se deja fuera el aspecto psicosocial. La orientación de la consejería en la jurisdicción sanitaria diez es de tipo cognitivo-conductual.

La dimensión psicosocial es donde se presentan la mayoría de las dificultades de los consejeros y consejeras, ya que no poseen las habilidades suficientes para proporcionar contención emocional ni para

tejer redes familiares y sociales en torno a las PVV, esta actividad se omite o se asume guiados(as) más por el ensayo y error que en una intervención profesionalizada dirigida a la superación del estrés, la toma de decisiones informadas desde una base de autonomía y autoconocimiento.



**CAPÍTULO V. DISCUSIÓN: SUGERENCIAS Y  
CONCLUSIONES.**

## 5.1 TRIANGULACIÓN DE LA INFORMACIÓN.

La consejería pre y post-prueba de VIH que se proporciona en la jurisdicción sanitaria diez, se caracteriza por manejarse bajo el enfoque Cognitivo-Conductual, en el que prevalece el intercambio de información general sobre el VIH y el SIDA con los (las) pacientes(as) durante todo el proceso de asesoramiento, dedicando poco tiempo a la exploración de las preocupaciones, temores, los significados personales y las posibles implicaciones de la prueba y el diagnóstico positivo.

Para los consejeros y consejeras que participaron en el estudio, la consejería en VIH está orientada a educar o instruir al (la) paciente(a) sobre generalidades de la enfermedad y proporciona recomendaciones o consejos para prevenir la infección y cuidar la salud. También busca obtener el consentimiento informado para la toma de las muestras sanguíneas de la prueba. Sin embargo se identificó un caso en el que se omitió la consejería y el consentimiento informado, violando los derechos de una paciente del programa de control prenatal.

Durante el proceso de asesoramiento en VIH, el personal médico asume una actitud directiva, capitalizando el flujo del poder dentro de la relación de ayuda. Las personas que reciben consejería, asumen un rol pasivo, en donde son receptores de una enorme cantidad de información que se torna repetitiva y difícil de comprender. En la relación surgen actitudes paternalistas y actitudes condescendientes hacia los jóvenes, hacia las mujeres y hacia la población indígena.

Algunos médicos emplean el capital de poder social para influenciar las decisiones de los y las pacientes(as), lo que se observa en la prescripción de recomendaciones; o para controlar las reacciones de impacto psicológico en el momento del diagnóstico. Como Roger afirmaba, se manipula a los (las) pacientes, se desconfiaba de sus

capacidades para tomar decisiones y se obstaculiza el proceso para asumir el poder de manejar su vida

La autonomía y la toma de decisiones de los (las) pacientes(as), quedan restringidas a la aceptación o rechazo de la prueba y a elegir qué personas podrían involucrarse en un posible resultado positivo. La relación de consejería es eminentemente una relación entre especialista y consultante.

Una observación al ECP de Roger es que parte del supuesto de que las personas son racionales y autónomas por naturaleza, y que por tanto, el rol del (la) consejero(a) es servir como facilitador en el proceso de autoconocimiento y propiciar la toma de decisiones comprometida, que sea autoconsciente de sí mismo(a) y del uso del poder en sus relaciones interpersonales. Sin embargo debemos considerar que en las culturas donde hay una extensa historia de dominación, surgen dificultades cuando se comienza a promover la autonomía, ya que culturalmente se ha impuesto una política de subordinación y control. Es por ello que se requiere personal experimentado en la práctica del ECP para facilitar esos procesos de emancipación.

En lo que se refiere a las habilidades de comunicación, los y las participantes del estudio desconocen las técnicas de la consejería y se movilizan recursos personales como la actitud de apertura o el empleo del lenguaje no verbal para propiciar una atmósfera adecuada para la exploración de la intimidad sexual de las personas. Los (las) consejeros(as) comenzaron a entregar resultados positivos en los años comprendidos entre el 2000 al 2008. La única capacitación que se ha tenido en consejería fue en el año 2005.

El servicio se centra en interrogar al paciente acerca de sus conductas sexuales consideradas de riesgo y el uso de drogas, el llenado de los formularios para la prueba y las encuestas. En este contexto la principal dificultad que se mencionó es la comprensión de la información, de los términos médicos y el pudor para abordar los temas relacionados con la sexualidad.

La consejería es una actividad extra a las labores del personal médico involucrado en el programa de VIH-SIDA. Es decir, el personal realiza otras actividades además de la consejería, lo que podría ser una estrategia para disminuir el síndrome de desgaste emocional pero que en la experiencia de los y las participantes, les provoca mayor nivel de estrés.

Durante la consejería surgen las representaciones sociales en torno a la enfermedad, que vinculan al VIH-SIDA con la muerte, que se trata de sustituir con información médica científica pero que en el uso intimidatorio del recurso de Internet, refuerza dicho binomio.

En el caso de la consejería proporcionada a la población indígena, se caracteriza por involucrar traductores(as) en el proceso de comunicación ya que los y las participantes del estudio no hablan la lengua náhuatl. La atención es evaluada como fría ya que se destina la mayor parte del tiempo en comunicar la información por encima del apoyo psicológico y la exploración de las preocupaciones y temores de la población.

La contención emocional de los (las) pacientes durante el diagnóstico positivo, se centra nuevamente en el intercambio de recomendaciones médicas, explicaciones sobre los tratamientos y la organización de la atención. Lidiar con el impacto psicológico es difícil para los y las participantes de la investigación, los estilos para

proporcionar apoyo varían entre los (las) consejeros(as), incluye el uso de la proximidad física, el contacto, el uso de pausas, las distracciones o tiempo fuera y el involucramiento bajo consentimiento, de la pareja o la familia durante la notificación.

La falta de capacitación en consejería, se puede interpretar como una falta de sensibilidad de los y las tomadores(as) de decisiones, ya que al no profesionalizar la atención, se le está proporcionando un valor secundario. En ese sentido, se requiere sensibilizar a los y las responsables de diseñar las estrategias que forman parte del Programa Estatal de VIH-SIDA sobre la importancia de la profesionalización de la atención y el seguimiento a los programas municipales y jurisdiccionales de atención al VIH-SIDA.

El diseño de capacitaciones y del programa de VIH-SIDA, es homogéneo para todas las jurisdicciones sanitarias, y no toma en cuenta el contexto sociocultural en el que se implementan, como tampoco cuentan con un diagnóstico en torno a las necesidades comunitarias y el servicio. Tampoco han logrado consolidar la implementación de un modelo de salud intercultural.

En ese sentido se desestima la participación de los líderes y lideresas indígenas en la organización de la respuesta al VIH-SIDA, y en el diseño de programas o materiales de apoyo sobre el tema. Prevalece la desconfianza hacia esta población y se limita su derecho a la información y a la atención en su lengua materna, así como su participación activa en el proceso salud-enfermedad-atención.

La privatización de las Instituciones de Salud, han impactado a las unidades de salud pertenecientes a la jurisdicción sanitaria diez al reducir el financiamiento a la atención y a la mitigación de daños, no solo del programa de VIH-SIDA, si no en los programas en general. Aun cuando

esta enfermedad está emergiendo en la entidad federativa, el silencio, la escasez de recursos económicos y la falta de planeación, han contribuido a la diseminación de la infección en los grupos más vulnerables.

Es habitual la falta de insumos para hacer la toma de las muestras sanguíneas de las pruebas de detección y el desbasto de pruebas rápidas, las cuales hay que señalar, están destinadas solamente a mujeres embarazadas que acuden a control pre-natal. También se carece de materiales impresos o audiovisuales de apoyo sobre VIH, ya que solo están disponibles en las campañas anuales conmemorativas de la lucha internacional contra el SIDA.

Los materiales son elaborados en español y no existen traducciones a la lengua náhuatl. Incluso para los (las) consejeros(as) se tiene en poco valor que se diseñen estos materiales en náhuatl ya que se considera una estrategia de limitado impacto. No existen campañas de promoción de las pruebas de VIH para poblaciones específicas.

Tampoco se cuenta con las instalaciones adecuadas para proporcionar el servicio, generalmente los consultorios y las oficinas, están en malas condiciones físicas y es común la improvisación de espacios. Prevalece la falta de intimidad y las dificultades para garantizar la confidencialidad de la consejería y del resultado de las pruebas. Para el seguimiento de contactos no se cuenta con el recurso de transporte.

Las dependencias involucradas en la prevención y atención del VIH-SIDA en el Estado de Hidalgo, tienen una organización vertical, en la que la capacidad de toma de decisiones es limitada. La evaluación que se hace de la coordinación de las dependencias es favorable aunque en ocasiones se desconoce la forma en que se vinculan y es frecuente la demora en la respuesta del LE SP. Las dificultades han sido para

involucrar a los gobiernos municipales en la prevención y atención del VIH-SIDA.

En lo que se refiere a la organización en las unidades de salud, de la entrega de los resultados de las pruebas de detección de VIH, se identificó que los resultados negativos generalmente son entregados de forma directa a los (las) pacientes(as) sin proporcionar la consejería post-prueba.

Durante la entrega de resultados positivos existe dificultad para proporcionarlos en tiempo y forma debido a retrasos del LE SP. En ese caso, el personal médico es quien realiza visitas domiciliarias sin consentimiento, en las que se cita al (la) paciente(a) para que acuda a su unidad de salud por sus resultados, en especial cuando son positivos. Esta actividad ha comprometido la confidencialidad y la integridad de los (las) pacientes(as).

Finalmente, los y las participantes del estudio han manifestado síntomas de desgaste emocional, originado por las actividades que realizan aparte de la consejería, y aunque mencionaron que el estrés no se relaciona con la consejería, podemos percatarnos de que efectivamente incide en la calidad de la atención y que existen síntomas de desgaste. La SSH no les proporciona apoyo psicoterapéutico y la búsqueda de ayuda se hace de forma particular.

## **5.2 TEORÍA GENERAL.**

La consejería no puede configurarse en una serie de pasos ordenados y esquemáticos, basada en la experiencia humana, los estilos para proporcionar este tipo de relación de ayuda, varía de acuerdo a los recursos personales, la historia de vida y las habilidades desarrolladas por la práctica profesional de esta actividad.

De manera tentativa, se presenta a continuación una serie de pasos que ejemplifica de manera ideal, la secuencia del proceso de consejería en VIH, tomando en cuenta solo las etapas y no el empleo específico de técnicas de comunicación e intervención psicosocial.

Previo al contacto:

- Disponer de un espacio físico ventilado, iluminado, libre de ruidos e interrupciones.
- Tener a la mano materiales de apoyo impresos gratuitos, pañuelos desechables, directorios sociales.

Consejería pre-prueba.

- Recibimiento y creación de una atmósfera apropiada para la exploración de las preocupaciones, temores y dudas del (la) paciente(a).
- Introducción de preguntas detonantes.
- Exploración intensiva de las preocupaciones, temores, dudas y riesgos relacionados con el VIH-SIDA.
- Identificación y clarificación de los mensajes cognitivos y emocionales del paciente.
- Atención a las demandas y necesidades del paciente.
- Revisión de la comprensión de las formas de transmisión y significado de la prueba.
- Facilitación de la toma de decisiones informadas.
- Evaluación de las implicaciones físicas, psicológicas, familiares, sociales, económicas y legales de la prueba de detección del VIH.
- Contribución a la elaboración de un plan personal de reducción de riesgos.
- Manejo y distribución de material de apoyo sobre VIH adaptada a las características etarias, étnicas y de género de la población
- Obtener el consentimiento informado para la aplicación de la prueba de detección del VIH y contrato de la relación de ayuda.



- Aplicación de la encuesta centinela.
- Toma de la muestra sanguínea e indicaciones para recoger los resultados.

Consejería post-prueba:

- Entrega de un resultado negativo al VIH y su significado.
- Revisión del periodo de ventana y las medidas de prevención.
- Revisión del plan personal de reducción de riesgos.
- Entrega de un resultado positivo al VIH.
- Apoyo psicosocial durante el diagnóstico.
- Propiciar la aceptación de la nueva condición serológica al VIH.
- Empleo de recursos socioculturales y comunitarios para mitigar el impacto psicológico del diagnóstico.
- Uso del sistema de referencias.
- Fin de la relación o inicio de la consejería de seguimiento si es necesario.

### **5.3 CONFIRMACIÓN DE LAS HIPÓTESIS.**

En base a la descripción y el análisis hecho de los recursos técnicos, operativos e institucionales de la consejería que proporciona el personal médico de la jurisdicción sanitaria diez, podemos rechazar la hipótesis Ho: Los recursos técnicos no se relacionan con los recursos institucionales para conformar la consejería en VIH proporcionada por la jurisdicción sanitaria diez.

Se acepta la Hi: Los recursos técnicos sí se relacionan con los recursos institucionales para conformar la consejería en VIH proporcionada por la jurisdicción sanitaria diez.

Es decir, el conocimiento y la aplicación de las técnicas de consejería que el personal médico de la jurisdicción sanitaria diez están estrechamente relacionados con los recursos institucionales que proporciona la SSH para proporcionar este servicio. En conjunto marcan las características que se han mostrado en base a las entrevistas y las encuestas aplicadas durante la investigación.

#### **5.4 PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.**

Dado que la capacidad técnica y operativa que el personal médico posee para proporcionar consejería, se encuentra estrechamente relacionada con la organización institucional y las estrategias de acción contenidas en el Programa Estatal de VIH-SIDA. Esta propuesta está dirigida primeramente a los (las) tomadores de decisiones, a quienes antes de involucrar en estos planteamientos, es necesario sensibilizar comprometidamente en la utilidad de la consejería como una función de bienestar social y en la necesidad de incorporar a la atención en todos los niveles de la SSH., las perspectivas de la salud intercultural en el marco de los derechos humanos.

Por otra parte, el personal médico de dicha secretaría, requiere también de talleres de sensibilización y de capacitación en salud intercultural y derechos humanos con el propósito de que esta perspectiva sea incorporada de manera cotidiana en la atención a los (las) usuarios(as) de los servicios de salud.

Otro aspecto que se propone es modificar la Norma Oficial Mexicana de VIH-SIDA y hacer obligatoria la profesionalización de la consejería, agregar la perspectiva de la salud intercultural y sobre todo atribuirle sanciones legales al incumplimiento de las normas de atención para garantizar su implementación.

A continuación, se presenta un proyecto para organizar una Red Estatal de Consejeros y Consejeras en VIH, el cual intenta dejar un precedente al que se le puede incorporar aportaciones de los propios grupos de la población a la que están principalmente dirigidos, de las organizaciones de la sociedad civil, de expertos en la materia y de la misma SSH.

## **“PLAN ESTATAL DE FORMACIÓN DE CONSEJEROS Y CONSEJERAS EN VIH.”**

### **I. OBJETIVO GENERAL.**

Desarrollar procesos continuos de supervisión, monitoreo y evaluación que permitan a la SSH ofrecer servicios pertinentes, eficientes y eficaces de consejería en VIH/SIDA.

### **II. OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Proporcionar una valoración continua de la labor realizada por los (las) consejeros(as) y facilitar retroinformación constructiva en forma oportuna y permanente.
2. Identificar oportunamente necesidades en cada uno de los componentes requeridos para asegurar la calidad, calidez y eficacia de los servicios de consejería: organización y funcionamiento, proceso de formación de consejeros(as), Sistemas de Referencia, promoción de los servicios.
3. Prevenir en el personal que brinda los servicios el desgaste emocional que trae consigo el trabajo de consejería en VIH/SIDA.
4. Evaluar los principales Indicadores de los servicios de consejería, contenidos en el Plan Estatal de VIH-SIDA.
5. Modificar y mejorar las prácticas y procedimientos en los servicios, según niveles: Individual (por cada consejero(a) y jurisdicciones sanitarias.

6. Supervisar el funcionamiento de los sistemas de referencia, para identificar y mejorar la coordinación con otras instituciones de salud, organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH-SIDA y grupos de apoyo.
7. Identificar necesidades sobre el acceso y disponibilidad de la prueba, modificando o mejorando los mecanismos de coordinación entre los servicios de consejería y el LESP.
8. Identificar aspectos a mejorar en relación a los procesos de formación de las y los consejeros.
9. Realizar evaluaciones periódicas de los planes jurisdiccionales y de unidades médicas, que incluyen el fortalecimiento de las estrategias de consejería, contenidas en el Plan Estatal de VIH-SIDA.

### **III. METODOLOGÍA.**

Para el desarrollo del Plan Estatal de Formación de Consejeros y Consejeras en VIH, se requerirá de la participación de todos los niveles: Estatal, Jurisdiccional y Unidades de Salud.

Como parte esencial para la implementación de este plan de formación se capacitará al personal responsable de su ejecución: Coordinadores(as) de consejería en los diferentes niveles y se desarrollará además un proceso de socialización entre autoridades de los diferentes niveles y los (las) consejeros(as).

Los resultados obtenidos en cada componente se revisarán para proporcionar retroinformación constructiva. La retroinformación se realizará a través de informes mensuales, trimestrales y anuales; así como en forma directa cuando se realicen las observaciones a sesiones.

El seguimiento de todo el plan estará bajo la responsabilidad de una Coordinación de la Red de Consejería en VIH que será una función del CAPASIT, a la ser la institución que asume la atención integral y profesional de las PVV en el Estado.

#### **IV. COMPONENTES**

##### **1. Aspectos Organizativos y Operativos.**

**a) Política estatal sobre la prestación de los servicios de consejería en VIH/SIDA:** Los instrumentos básicos que determinarán las políticas para la implementación de los servicios de consejería como estrategia para la prevención y atención del VIH y el SIDA, estará reflejada en el Programa Estatal de VIH y SIDA y en las guías de Consejería en VIH y SIDA proporcionadas por CENSIDA.

Objetivo/Resultado: Fortalecer la Red de Consejería en los diferentes niveles de atención para mejorar la calidad, calidez, eficacia y eficiencia de los servicios.

Indicador de la Calidad de los Resultados: Número de municipios con una red de consejería en salud sexual y reproductiva institucional, pública, privada y comunitaria.

Metas:

- 80% de las y los consejeros capacitados, brindando atención con calidad, calidez, eficacia y eficiencia.
- 100% de consejeras/os informando sus atenciones.
- 100% de pruebas con consejería.

El Plan Estatal de VIH y SIDA, determinará en forma integral los diferentes factores y elementos a considerar para la organización y

prestación de los servicios. Incluirá un diagnóstico jurisdiccional de la consejería en VIH, cuyas recomendaciones conformarán las estrategias a seguir para ofrecer una atención pertinente, eficaz y eficiente. El plan también incluirá las recomendaciones aportadas por las organizaciones de la sociedad civil y de los líderes y lideresas indígenas.

**b) Funcionamiento de los servicios de Consejería a Nivel Estatal.**

Se monitorearán y evaluarán todas aquellas acciones encaminadas a integrarse en la planificación a nivel estatal y jurisdiccional, la gestión y obtención de recursos técnicos y financieros.

Entre las principales actividades o métodos de monitoreo y evaluación se presentan: reuniones de evaluación a nivel jurisdiccional y estatal, sistematización de los procesos, informes mensuales, trimestrales y anuales de la Red Estatal de Consejeros(as).

**c) Cobertura: Disponibilidad de los Servicios de Consejería.**

Los servicios de consejería tienen que ser disponibles y accesibles para la población a la que están sirviendo. Este aspecto será evaluado también teniendo en cuenta si el número de consejeros es acorde a la demanda de los servicios, si tienen el perfil indicado para proporcionar el servicio y si satisfacen las demandas de la población beneficiaria.

**d) Espacios físicos adecuados, para asegurar la privacidad e intimidad de las y los usuarios.**

Para que la consejería se lleve a cabo correcta y eficazmente, debe asegurarse el respeto a la intimidad. Se propiciará contar con espacios privados y confortables.

**e) Integración de la consejería en VIH en otros programas de salud.**

Para incrementar la cobertura y disponibilidad de los servicios de consejería se integrarán a otros programas y servicios de salud. Tomando en cuenta las recomendaciones del ONUSIDA, los programas donde los servicios de consejería deben estar integrados son:

- Programa de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Programa de Tuberculosis
- Centros y programas de Planificación Familiar
- Programa de Prevención de la Transmisión de Madre a Hijo o Hija.
- Programa de Atención Integral
- Grupos de Autoapoyo de personas infectadas o afectadas por VIH/SIDA
- Instituciones que prestan servicios de atención y apoyo a personas viviendo con VIH o con SIDA
- Proyectos o programas de organizaciones de la sociedad civil, dirigidos a grupos vulnerables.

#### **f) Coordinación Intra institucional.**

A nivel intra institucional es de gran importancia la coordinación con otros departamentos o áreas como: laboratorio, vigilancia epidemiológica, programa de ITS, programa de prevención de la transmisión de madre a hijo o hija, programa de tuberculosis, programa de atención integral, entre otros.

#### **g) Disponibilidad de la Prueba de diagnóstico de la infección por VIH y materiales de apoyo.**

Se vigilará que las unidades de salud cuenten con los insumos necesarios para realizar la toma de muestras para las pruebas de detección, con un abastecimiento regular de pruebas rápidas a través de las planificaciones de las unidades de salud y que se les dote de materiales de apoyo impresos y audiovisuales sobre VIH, en español y en las lenguas indígenas que se hablan en el Estado.

### **2. Proceso de Formación, seguimiento y apoyo de Consejeras y consejeros.**

Los aspectos a evaluar en este componente son:

- a) Capacitación, actualización y seguimiento a facilitadores(as) en consejería sobre VIH/SIDA.
- b) Capacitación, actualización y seguimiento a los procesos de formación de consejeras y consejeros.

El marco de referencia para el monitoreo estará contenido en el diseño de una Guía Metodológica de Formación en Consejería sobre VIH/SIDA, y el Plan de Capacitación Estatal y los Planes de Capacitación Jurisdiccionales.

La calidad de los servicios de consejería dependen también de la formación que reciben los y las consejeras, y con igual importancia la oportunidad que tengan de recibir apoyo y retroalimentación en forma continua. El apoyo y la supervisión continua ayuda a reducir el desgaste emocional, y evitar perder a personal valioso y experimentado.

Con la Encuesta de Opinión del servicio aplicada a los (las) usuarios(as) de los servicios de salud, se podrá tener más información sobre la forma en que los y las consejeras están brindando los servicios. La encuesta se aplicará una vez al año y podrá ser manejada a nivel de unidades de salud, sin embargo para tener una visión estatal sobre ello se podrá hacer un muestreo por región.

### **3. Sistemas de Referencia.**

Los sistemas de referencia, son una herramienta útil para la satisfacción de las necesidades de los (las) pacientes, cuando se encuentran limitaciones en los servicios o cuando se requiere hacer una intervención multidisciplinaria en la atención.



Requiere el trabajo conjunto con otros servicios de apoyo como: servicios médicos, sociales y psicológicos, de planificación familiar, servicios de atención de ITS, servicios prenatales, servicios de atención domiciliar y servicios de cuidados paliativos, servicios espirituales, grupos de autoapoyo para personas que viven con el VIH o con SIDA, grupos comunitarios, grupos de beneficencia y organizaciones de la sociedad civil.

Es importante que los (las) consejeros(as) conozcan esos recursos y sean capaces de hacer las referencias apropiadas. También deben conocer las necesidades médicas especiales de las personas que viven con el VIH o con SIDA. Deben propiciarse reuniones regulares entre los (las) responsables de los distintos servicios de apoyo, con el fin de revisar y mejorar el sistema de referencia.

### **5. Promoción y Publicidad de los Servicios.**

La principal estrategia para la promoción de los servicios de consejería y sus beneficios, es que la consejería forme parte integral de los programas de salud. Se evaluará e identificará los materiales promocionales y su distribución a la población en general y a grupos de mayor vulnerabilidad.

Se elaborarán campañas de promoción de las pruebas de detección para poblaciones específicas, apropiadas a las características socioculturales y étnicas de las poblaciones a las que estarán dirigidas.

### **6. Calidad en la prestación de los servicios.**

Se determinará principalmente con los siguientes métodos:

Observación de Sesiones de Consejería: el objetivo es evaluar el proceso, contenido y calidad de las sesiones de consejería; así como ayudar a los y las consejeras a mejorar sus aptitudes de consejería, más bien que examinarles. Se pedirá el consentimiento de la (la) paciente(a)

sobre la presencia de l o bservador, y se respetará t al decisión y la retroalimentación se dará en forma inmediata.

Las Autoevaluaciones: se r ealizarán co nforme a una guí a qu e comprende todos aquellos elementos básicos en e l desarrollo de una consejería, de modo que los y las consejeras desarrollen la habilidad de identificar a aquellos elementos que no est án s iendo m anejados adecuadamente y que por lo tanto se requieran mejorar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Almaguer, González José Alejandro; Vargas, Vite Vicente y García, Ramírez Hernán. (2009). Interculturalidad en Salud (marco conceptual y operativo) Modelo para su implementación en los Servicios de Salud. México: Secretaría de Salud.

Alonso, Meneses Guillermo. (2003). *Indígenas, campesinos, ejidatarios y emigrantes: migración y transformación de las comunidades nahuas de la Huasteca hidalguense*. Ponencia presentada en el primer coloquio internacional Migración y Desarrollo: transnacionalismos y nuevas perspectivas de integración. Octubre. Zacatecas, México.

Araya, Umaña Sandra. (2002). *Las representaciones sociales: ejes teóricos para su discusión*. Costa Rica. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).

Ariel, de Vidas Anath. (2009). Huastecos a pesar de todo: breve historia de las comunidades teenek (huastecas) de Tantoyuca, norte de Veracruz. México: CEMCA, Embajada de Francia en México y Programa de Desarrollo Cultural de la Huasteca.

Ávila, Méndez Agustín. (2000). *Distrito electoral federal 01 con cabecera en Huejutla, Hidalgo*. México: IFE [www.ife.org.mx/documentos/DECEYEC/reg\\_indg\\_hgo.pdf](http://www.ife.org.mx/documentos/DECEYEC/reg_indg_hgo.pdf)

Bronfman, Mario, Leyva René y Negroni Mirka. (2004). *Movilidad poblacional y VIH-SIDA: contextos de vulnerabilidad en México y Centroamérica*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Camacho, Carlos. *SIDA, motivo de superstición en Hidalgo*. Diario La Jornada. 12 de marzo de 2007. Obtenido el 11 de noviembre de 2009

desde

<http://www.jornada.unam.mx/2007/03/12/index.php?section=estados&article=040n1est>

Campos, Navarro Roberto (1999). La medicina intercultural en hospitales rurales de América Latina.

Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Pacífico Sur. *Diagnóstico regional de la Huasteca*. Obtenido el 18 de febrero de 2009 desde <http://pacificosur.ciesas.edu.mx/diagnosticoregional/huasteca/esbozo.html>

CISIDAT. (2008) Agenda de investigación en VIH-SIDA. México.

COESIDA Jalisco. (1998). *Guía práctica para las personas que viven con VIH-SIDA y sus familiares*. Jalisco: COESIDA Jalisco, Secretaría de Salud.

Corona, Esther. (1998) *¡Hablemos de salud sexual! Manual para profesionales de atención primaria de la salud. Información, herramientas y recursos*. OPS y Asociación Mexicana de Educación Sexual.

Cruz, Martínez Ángeles. 2009. *Retraso de años en notificación de VIH*. Diario La Jornada. 21 de febrero de 2009. accesado el 4 septiembre de 2009 desde <http://www.jornada.unam.mx/2009/02/21/index.php?section=sociedad&article=031n1soc>

Daudel, Raymond y Montagnier, Luc. (2008). *El SIDA*. México: Ed. Gandhi.

De Nicola, Luis María. (1986). Personas y enfermedades, psicopatologías y psicoterapia: perspectivas desde el enfoque centrado en la persona. Argentina. Revista Congruencia. Año 1 No. 1.

Del Río, Zolezzi Aurora; Liguori, Ana Luisa; Magis, Rodríguez Carlos; Valdespino, Gómez, José Luis; García, García M. de Lourdes y Sepúlveda, Amor Jaime. (1995). La epidemia de VIH-SIDA y la mujer en México. *Revista Salud Pública de México* Vol. 37 No. 6.

Diario Oficial de la Nación. 21 de junio de 2000. Tomo DLXI No. 15

Dirección General de Epidemiología. *Registro Nominal de Seropositivos a VIH*. México: Secretaría de Salud. Datos al 14 de noviembre de 2008.

Duque, Camargo Judith. (2001). Carl Rogers reflexiones teórico-prácticas. Colombia: *Revista Psicología desde el Caribe*. No. 007. Universidad del Norte.

Escobar, Otmstede Antonio y Fagoaga, Hernández Ricardo. (octubre-diciembre, 2005). *Indígenas y comercio en las Huastecas (México), siglo XVIII*. En *Revista Historia mexicana*, Vol. 55, N.º. 2, págs. 333-417. México: Colegio de México.

Flores, Palacios Fátima y Leyva, Flores René. (2003). *Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México*. *Revista Salud Pública de México*. Vol. 45 suplemento 5. México.

Fundación Voces y Rostros. (2006). *Diagnóstico y agenda ciudadana de incidencia en políticas públicas en el Estado de Hidalgo*. México: INDESOL y Fundación Arturo Herrera Cabañas.

Galván, Díaz Francisco. (1988). *El SIDA en México: los efectos sociales*. México: Ediciones de cultura popular. UAM-Azcapotzalco.

García, Huet Enrique. (1996). *Counselling en VIH-SIDA: Guía de actuación para profesionales sociosanitarios*. España.

González, R amírez Mónica Teresa. ( 2004). S IDA: ca racterísticas generales y papel del psicólogo. *Revista psicología*. Vol. 1. No.1

Gobierno de l E stado d e H idalgo. ( 14 d e m arzo de 2005 ). R eglamento Interior de los Servicios de S alud de H idalgo. P eriódico O ficial. T omo CXXXVIII. P.16.

Hernández, Chávez Juan de Dios. (1995). El trabajo en VIH-SIDA de las Organizaciones No Gubernamentales mexicanas. México: *Revista Salud Pública de México*. Vol. 37 No. 6.

Hernández, Ochoa Arturo. (2007). *Huasteca potosina: ruta mágica por la tradición y la aventura*. México: CONACULTA.

Hernández, R osete D avid; S ánchez Hernández Gabriela; P elcastre, Villafuerte Blanca; Ju árez, R amírez Clara. ( 2005). D el r iesgo a la vulnerabilidad. B ase m etodológicas par a c omprender la relación ent re violencia s exual e infección por V IH-ITS en m igrantes clandestinos. *Revista Salud Mental*. México. Vol. 28, No. 5.

Hernández, R osete D avid, M aya, G arcía O ., B ernal, E ., C astañeda y Lemp, G . ( 2007). M igración y ruralización de l S IDA: r elatos de vulnerabilidad en co munitades indígenas de México. *Revista de Saúde Pública*. Brasil: F aculdade de S aúde P ública da U niversidade de S ão Paulo.

Hernández, T epichín G riselda; F ernández Cotaya, I rám; León Ju árez, Eddie Antonio; Morales Carcaño, Anette y Varela Trejo, Carmen. (2006). Guía para la aplicación de la prueba rápida. México: CENSIDA.

INEGI. *Hidalgo, XII Censo General de Población y Vivienda 2000; Tabulados Básicos. Tomo I*.

Instituto Nacional para El Federalismo y El Desarrollo Municipal. Gobierno del Estado de Hidalgo. (2005). Extraído el día 16 de febrero de 2009 desde: <http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/hidalgo/municipios/13028a.htm>

Instituto Nacional para El Federalismo y El Desarrollo Municipal. Gobierno del Estado de Veracruz. (2005). Extraído el día 16 de febrero de 2009 desde: <http://www.e-local.gob.mx/work/templates/enciclo/veracruz/municipios/30123a.htm>

Lagunes, José Manuel. (2009). Hospital Regional bajo protesta. Periódico ZuNoticia, edición 3547 del 3 de diciembre de 2009.

Lerin, Piñón Sergio (2004). *Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta*. Revista Desacatos. No. 16. México: CIESAS.

Lisocka, Jaegermann, Bogumila. (2003). Transformaciones agrarias en México, el caso de la Huasteca. *Actas Latinoamericanas de Varsovia*. Warszawa, Polonia.

Lizárraga, Xabier. (1998). Circuitos afectivos del SIDA. Revista Nueva Época Salud Problema. Año 3 No. 4.

López, Arelano Olivia y Blando, Gil, José. (2006). *Cambio social, Antropología y Salud*. Peña F. Alonzo (coord.). México: CONACULTA-INAH.

Luna, Cadena Anuar, Morrison, Ken y Cruz, Camacho Carlos. (2004). *Proyecto de estigma y discriminación relacionado al VIH-SIDA en México: reporte final del estigma interno relacionado al VIH-SIDA*. México: INSP, Colectivo Sol y Red Mexicana de personas que viven con VIH-SIDA.

Magis, Rodríguez Carlos, de la Rúa, Zolezzi Aurora, Valdospino, Gómez José Luis y García, García Ma. De Lourdes. (1995). *Casos de SIDA en el área rural en México*. Revista Salud Pública de México. Vol. 37, No. 6.

Magis, Rodríguez Carlos, Barrientos, Bárcenas Hermelinda y Bertozzi, Kenefick Stefano. (2006). *SIDA: Aspectos de Salud Pública*. México: CENSIDA, INSP.

Magis, Rodríguez Carlos, Estrada, Márquez Fátima y Ortiz, Ruiz Ma. De la Luz. (2007). *Manual para la prevención del VIH-SIDA en migrantes mexicanos a Estados Unidos*. México: Secretaría de Salud y CENSIDA.

Magis, Rodríguez Carlos, Bravo García, E., Gayet Serrano, C., Rivera Reyes, P. y De Luca, M. (2008). *El VIH y el SIDA en México al 2008: Hallazgos, tendencias y reflexiones*. México: CENSIDA. Colección Ángulos del SIDA.

Martínez, Miguélez Miguel. (2006). Fundamentación epistemológica del enfoque centrado en la persona. Chile: Polis, revista de la Universidad Bolivariana, Vol. 5 No. 015.

Monroy, Castillo Ma. Isabel y Calvillo, Unna Tomás. (1997). *Breve historia de San Luis*. México: FCE y El COLMEX.

Moreno, Altamirano Laura. (2007). *Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica*. México: Revista Salud Pública de México. Vol. 49, no 1.

Muma, Richard; Ann, Barbara; Barucki Michael; Pollard, Richard. (2000). *Manual del VIH para profesionistas de la salud*. México: Ed. Manual Moderno.



Okun, Barbara F. (2001) *Ayudar de forma efectiva. Counselling, técnicas de terapia y entrevista*. España: Paidós.

ONUSIDA y UNESCO. (2003). *Manuales metodológicos 1. Comunicación adecuada para el cambio de comportamientos*. Serie un enfoque cultural de la prevención y atención del SIDA.

ONUSIDA. (2008). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008*. Ginebra.

OPS (2006). *Guía para la consejería y pruebas de VIH-SIDA en los programas de control de Tuberculosis*. Washington, USA.

Ortíz, Hernández Luis. (2004). *Revisión crítica de los estudios que han analizado los problemas de salud de bisexuales, lesbianas y homosexuales*. México: Revista Salud Problema. Nueva Época. Año 9. No. 6.

Panebianco, Labbé Silvia. (2002). *Proyecto de estigma y discriminación relacionado al VIH-SIDA en México: El SIDA, nudo de estigmas, una revisión histórica de la discriminación relacionada con el VIH-SIDA en México*. INSP, Colectivo Sol y Red Mexicana de personas que viven con VIH-SIDA.

Pasarán, Sergio. *SIDA en la huasteca por la migración*. Diario Milenio Hidalgo. 18 de noviembre de 2008. Consultado el 12 de junio del 2009 desde: <http://www.milenio.com/pachuca/milenio/nota.asp?id=352472>

Patricio, Hernández Griselda y Calva, Pérez Martha Elena. *Estudio descriptivo del servicio de atención telefónica SIDATEL en el estado de Hidalgo, México*. Revista científica electrónica de psicología. ICSa-UAEH No. 7.

Pérez, C astro A na B ella. ( 2007). A ctivando el m undo s imbólico para enfrentar l a emigración. *Chungara Revista de Antropología Chilena*. Volumen 39. No. 1.

Ponce, Z úñiga P atricia. ( 1998). *Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH-SIDA*. México: CONASIDA, Secretaría de Salud.

Ramírez, Arriola Ricardo. (2008). *Estigma y discriminación a personas con VIH*. México: CONAPRED. De la serie Textos del Caracol 5.

Rico, Blanca, Uribe, Zúñiga Patricia, Panebianco, Labbé Silvia y Del Río, Chiriboga Carlos. (1995). *El SIDA y los derechos humanos*. Revista Salud Pública de México. Vol. 37, No. 6.

Rodríguez, Z epeda J esús. ( 2004). *Qué es la discriminación y cómo combatirla*. México: CONAPRED.

Rogers, C arl. ( 1997). *El poder de la persona*. M éxico: E d. M anual Moderno.

Rozo, C astillo Ja iro A . ( 2007). *Inmigración y VIH*. F undación C entro Internacional Médico para migrantes y extranjeros. España. Extraído el 4 mayo de 2009 desde [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-268-1-inmigracion-y-vih\\_sida.html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-268-1-inmigracion-y-vih_sida.html)

Salinas, S andoval M aría de l C armen. ( 2003). *Rebelión indígena en las Huasteca potosina: 1879-1882*. México: El Colegio Mexiquense, A. C.

Salinas, Hernández Héctor Miguel (2008). *Políticas de disidencia sexual en México*. México: CONAPRED.

San Pedro, López Patricia (s-f). *Élites regionales, política local y reparto agrario en Huejutla, Hidalgo. 1920-1940*. Reporte de investigación. Universidad Autónoma Metropolitana Plantel Azcapotzalco. [plp@correo.azc.uam.mx](mailto:plp@correo.azc.uam.mx)

Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo. (2005). *Censo Nominal de Casos de VIH Acumulados en Hidalgo*. Departamento de Enfermedades Emergentes y Reemergentes. México.

Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo. Comunicado de prensa CS\CP\250 del 30 de noviembre de 2009. *En el CAPASITS no hay lista de espera, todos los usuarios reciben tratamiento en tiempo y forma: Jorge Islas Fayad*.

Secretaría de Salud. (2008). *Programa de acción específico 2007-2012: en respuesta al VIH-SIDA e ITS*. México.

Sempeategui, Fernando y Bresan Ju ssara. (1978). *La trascendencia histórica del saber popular*. Revista Salud Problema UAM-Xochimilco. No3.

Silverman, David. (1997). *Discourses of counselling: HIV counselling as social interaction*. Ed. Sage. Great Britain.

Solar, Ximena. (2002). *Documento técnico de trabajo: consejería para VIH-SIDA*. Chile: Ministerio de Salud.

Sontag, Susan. (2003). *La enfermedad y sus metáforas*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Taurus.

Sontag, Susan. (2003). *El SIDA y sus metáforas*. Buenos Aires, Argentina: Ed. Taurus.

Stresser-péan, Guy. (2008). *Fuentes antiguas sobre la Huasteca*. En Olivier, Guilhem (coord.), *Viaje a la Huasteca con Guy Stresser-péan*. Pp. 389-390. México: FCE, CEMCA.

Stresser-péan, Guy. (2008). *Los indios huastecos*. En Olivier, Guilhem (coord.), *Viaje a la Huasteca con Guy Stresser-péan*. P. 118. México: FCE, CEMCA.

Suárez, Alejandro. *Médicos no quieren trabajar en Huasteca*. Diario Milenio. Obtenido el 13 de julio de 2009 desde <http://impreso.milenio.com/node/8607388>

Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. Golfo. Obtenido el 16 de febrero de 2009, desde <http://148.216.10.83/ARQUEOLOGIA/golfo.htm>

Uribe, Zúñiga Patricia. (1998). *Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH-SIDA*. México: CONASIDA.

Vallejo, Navarrete, Del Río, Ávila y Santos. (1995). El trabajador de la salud y la consejería sobre el VIH y SIDA. *Revista Salud Pública de México*. Vol. 37, No. 6. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Velandia, Manuel. (2002). *Manual de consejería pre y posprueba en VIH y SIDA*. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud.

*La imposición del orden español en la Huasteca*. Obtenido el 30 mayo de 2009, desde [http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/estados/libros/sanluis/html/sec\\_18.html](http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/estados/libros/sanluis/html/sec_18.html)

Zu-Noticia. *Papás rechazan la entrega del condón.* 19 de octubre de 2007. Año 12 edición 2886.

## ANEXO 1

### GUÍA DE PREGUNTAS PARA LA ENTREVISTA A CONSEJEROS(AS) EN VIH-SIDA.

#### Datos sociodemográficos

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_ Centro de trabajo: \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de residencia: \_\_\_\_\_

- 1.- ¿Qué es la consejería?
- 2.- ¿En qué consiste la consejería en torno a las pruebas de detección del VIH?
- 3.- ¿Cuáles son los objetivos de la consejería en las pruebas de detección del VIH?
- 4.- ¿Cómo fue que se involucró con la consejería en VIH?
- 5.- ¿Que otras actividades realiza aparte de la consejería en VIH?
- 6.- Año en el que comenzó a dar resultados positivos y cantidad de capacitaciones previas.
- 7.- Describa detalladamente como inicia la consejería pre-prueba (con pacientes referidos y los (las) que acuden voluntariamente).

Explorar:

- a) Encuentro.
- b) identificación y clarificación de preocupaciones y riesgo.
- c) revisión de la comprensión de las formas de transmisión y significado de la prueba.

- d) facilitar la toma de decisiones informadas.
- e) explorar las implicaciones de la prueba.
- f) contribuir a hacer un plan de reducción de riesgos.
- g) proporcionar información de apoyo.
- h) consentimiento informado.
- i) encuesta centinela.
- j) indicaciones para recoger el resultado.

8.- ¿De qué forma contribuye a crear una atmósfera adecuada para la exploración de problemas y preocupaciones relacionados al VIH-SIDA?

9.- ¿Qué utilidad encuentra en los mensajes no verbales en el proceso de consejería?

10.- ¿Qué técnicas de comunicación emplea durante sus intervenciones como consejero (a)? (parafraseo, reflejo, interpretación, aclaración, frases mínimas, etc.)

11.- Describa cómo proporciona consejería a la población de habla náhuatl?

Explorar:

- a) Encuentro.
- b) identificación y clarificación de preocupaciones y riesgo.
- c) revisión de la comprensión de las formas de transmisión y significado de la prueba.
- d) facilitar la toma de decisiones informadas.
- e) explorar las implicaciones de la prueba.
- f) contribuir a hacer un plan de reducción de riesgos.
- g) proporcionar información de apoyo.
- h) consentimiento informado.
- i) encuesta centinela.

j) indicaciones para recoger el resultado.

12.- ¿Cómo se involucra a los hombres y mujeres indígenas en el diseño de materiales de apoyo y de prevención en VIH?

13.- ¿Cómo involucra los servicios de salud a líderes y lideresas indígenas en la organización de la respuesta al VIH en la región cultural de la Huasteca?

14.- ¿Qué dificultades para garantizar la confidencialidad ha tenido cuando ha necesitado traductores (as) de lengua náhuatl en la comunicación de resultados positivos.

15.- ¿Cómo resuelve estas dificultades?

16.- ¿Cuáles son las dificultades mas frecuentes que se presentan durante la consejería pre-prueba y cómo las resuelve?

17.- ¿de qué forma aborda los temas relacionados con la sexualidad como las relaciones sexuales, las relaciones extramaritales y la orientación sexual durante la consejería?  
(Explorar cómo se hace con la población indígena y las dificultades personales para abordar estos temas).

18.- ¿Con qué grupos de la población tiene dificultades para plantearles la necesidad de tomarles las muestras sanguíneas para la prueba?

19.- ¿Cómo resuelve estas complicaciones?

20.- Describa detalladamente cómo realiza la consejería post-prueba.

**Explorar la consejería cuando entrega un resultado negativo:**

Significado del resultado.



Periodo de ventana.

Revisión de las medidas de prevención.

Revisión del plan personal de reducción de riesgos.

**Explorar la consejería cuando entrega un resultado positivo:**

Cómo se comunica el resultado.

Cómo lidia con el impacto psicológico.

Cómo propicia la aceptación de la nueva condición serológica.

De qué recursos comunitarios y culturales se vale para mitigar el impacto.

21.- ¿cómo garantiza la confidencialidad en la entrega de resultados de las pruebas?

22.- ¿Qué dificultades personales ha tenido a la hora de entregar un resultado positivo y cómo las resuelve?

23.- ¿De qué manera los determinaste socio-culturales influyen en sus consejerías?

24.- ¿Cómo se hace el seguimiento de contactos?

25.- explorar el síndrome de desgaste emocional y los recursos para manejarlo.

## ANEXO 2.

### CUESTIONARIO PARA CONSEJEROS (AS) EN VIH-SIDA.

#### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Cargo: \_\_\_\_\_  
Centro de trabajo: \_\_\_\_\_

**A CONTINUACIÓN SE LE PRESENTA UNA SERIE DE PREGUNTAS RELACIONADAS CON SUS INTERVENCIONES COMO CONSEJERO(A) EN VIH-SIDA, POR FAVOR RESPONDA HONESTA Y DETALLADAMENTE. LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONE SERÁ MANEJADA CONFIDENCIALMENTE.**

1.- ¿En su centro de trabajo cuentan con pruebas rápidas de detección de VIH?

SI	NO
¿Cuáles?	¿Por qué?

2.- Identifique a quiénes se le ofrece las pruebas rápidas.

GRUPO:	SI	NO	MOTIVOS:
Embarazadas.			
Hombres que tienen sexo con otros hombres.			
Trabajadores (as) del sexo comercial.			
Migrantes.			
Homosexuales			
Bisexuales.			

Heterosexuales.			
Hemofílicos.			

3.- Señale a que programas de salud se integran los servicios de consejería en su centro de trabajo.

1.- Programa de infecciones de transmisión sexual.	SI	NO
2.- Programa de tuberculosis.	SI	NO
3.- Programa de planificación familiar	SI	NO
4.- Programa de salud materno infantil	SI	NO
5.- Programa de atención integral	SI	NO

Otro. Especifique: \_\_\_\_\_

4.- ¿Aplica la encuesta centinela?

SI	NO	NO SÉ
¿A quién?	¿Por qué?	
¿Por qué?		

5.- ¿Qué tipo de materiales de apoyo en VIH se proporciona gratuitamente en su centro de trabajo?

MATERIAL.	SI	NO	→ ¿POR QUÉ?
Folletos.			
Dípticos.			
Carteles.			
Guías.			
Audio-videos.			

6.- ¿Existe material de apoyo en VIH impreso en lengua náhuatl?

SI	NO	NO SÉ.
Describe el contenido.	¿Por qué?	

7.- ¿Cómo evalúa su comprensión y habla de la lengua náhuatl?

Comprensión.	Muy buena	Buena.	Suficiente.	Deficiente.	Nada.
Habla.	Muy buena	Buena.	Suficiente.	Deficiente.	Nada.

8.- de la siguiente lista señale las capacitaciones que ha tenido en el último año.

CURSO-TALLER.	SI	NO
1.- Prevención de VIH.		
2.- Formas de transmisión.		
3.- Atención a personas viviendo con VIH-SIDA		
4.- Consejería.		
5.- Derechos Humanos.		
6.- Riesgos laborales.		
7.- Otros. Especifique:		

9.- ¿en caso de un resultado positivo se realiza el estudio de contactos?

SI	NO	NO SÉ
¿Quién lo lleva a cabo?	¿Por qué?	
¿Cómo?		

10.- ¿Con qué frecuencia se abastece de pruebas rápidas a su centro de trabajo?

MENSUAL	BIMESTRAL.	TRIMESTRAL.	SEMESTRAL.	OTRO
¿Por qué?				

11.- ¿De qué forma evalúa la coordinación entre el Laboratorio Estatal de Salud Pública y la unidad médica donde labora?

VALORACIÓN:	MOTIVOS:
MUY EFICIENTE.	
EFICIENTE.	
DEFICIENTE.	

12.- ¿Cómo evalúa la coordinación entre su centro de trabajo y la unidad de vigilancia epidemiológica jurisdiccional?

VALORACIÓN:	MOTIVOS:
MUY EFICIENTE.	
EFICIENTE.	
DEFICIENTE.	

13.- ¿Cuál es la valoración que hace de l financiamiento de la SSA en materia de prevención y atención del VIH-SIDA en el estado?

VALORACIÓN:	MOTIVOS:
MUY EFICIENTE.	
EFICIENTE.	
DEFICIENTE.	

14.- ¿Cómo evalúa la coordinación entre los distintos niveles que conforman los servicios de salud de Hidalgo involucrados en la respuesta al VIH?

VALORACIÓN:	MOTIVOS:
MUY EFICIENTE.	
EFICIENTE.	
DEFICIENTE.	

15.- ¿Cuál es el promedio de tiempo en el que obtiene el paciente el resultado de la prueba?

TIEMPO.	1 a 15 días.	16 días a 1 mes.	2 meses.	Otro.
MOTIVOS.				

16.- describa las condiciones de iluminación, ventilación y privacidad del espacio físico en el que realiza la consejería.

17.- Describa el procedimiento por medio del cual se solicita el abasto de pruebas rápidas e insumos para la toma de muestras sanguíneas para el tamizaje.

18.- en la toma de las muestras, ¿de qué insumos se ca rece habitualmente?

19.- ¿Cuál es la importancia y cómo obtiene el consentimiento informado de las personas que acuden a consejería?

20.- ¿Cómo obtiene el consentimiento informado de la población indígena de habla náhuatl?

21.- describa el contenido de los materiales de apoyo escritos y -o audiovisuales que se ofrecen gratuitamente durante la consejería.

22.- Describa el contenido de la Norma Oficial Mexicana NOM 010-SSA-1993.

23.- ¿En qué consiste el plan de acción de SIDA estatal?

24.- Describa el procedimiento para la notificación de casos de VIH o SIDA a la unidad de vigilancia epidemiológica de su jurisdicción.

25.- ¿Qué dificultades ha tenido para hacer la notificación de casos de VIH o SIDA?

26.- en su centro de trabajo, ¿cuánto personal médico-sanitario se encuentra capacitado(a) para ofrecer consejería pre y post-prueba?

27.- ¿Alguna vez ha padecido del síndrome de burn out o desgaste emocional y cómo lo ha manejado?

28.- ¿Qué recursos le ofrece los servicios de salud de Hidalgo para el manejo del desgaste emocional relacionado a la atención de personas viviendo con VIH o SIDA?

29.- ¿Qué dificultades ha enfrentado para realizar el estudio de contactos y cómo lo ha resuelto?

30.- Describa de qué forma integra el modelo intercultural en salud en la consejería que ofrece.

**ANEXO 3.**

**CUESTIONARIO PARA USUARIOS(AS) QUE HAN RECIBIDO  
CONSEJERÍA EN VIH.**

(VIH es el virus que causa el SIDA)

**No ponga su nombre en este formulario.**

**Edad:                      sexo:                      municipio:**

***Para cada pregunta marque la respuesta que mejor describa lo que usted piensa.***

1. **¿Le ayudo el asesoramiento?**  Me ayudó mucho     Me ayudó un poco  
 No me ayudó

2. **¿Obtuvo información útil?**  Mucha información     Poca información  
 Ninguna información

3. **Cuando usted vio al (la) consejero(a). . .**

**¿Quién habló más?**     Yo     El (la) consejero(a)     Hablamos la misma cantidad

**¿Quién escuchó más?**     Yo     El (la) consejero(a)     Escuchamos la misma cantidad

***Para cada pregunta marque sólo una repuesta -- Mucho, Algo, o Nada:***

	<b>Mucho</b>	<b>Algo</b>	<b>Nada</b>
4. <b>¿Respondió el (la) consejero(a) a sus preguntas y preocupaciones sobre el VIH?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. <b>¿Le ayudó el (la) consejero(a) a pensar sobre lo que usted estaba haciendo que le pone en riesgo de contagiarse con el VIH?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <b>¿Le ayudó el (la) consejero(a) a hacer un plan para protegerse del VIH?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. <b>¿Le ayudó el (la) consejero(a) a pensar en los pasos pequeños que usted puede tomar para hacer que su plan funcione?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. <b>¿Le informó el (la) consejero(a) sobre otros lugares donde usted podría ir a buscar ayuda?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Para cada pregunta marque sólo una repuesta -- Sí, No, o***

	<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sé</b>
9. <b>El (la) consejero(a) me inspiró confianza.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. <b>Conozco qué es el periodo de ventana.</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. <b>Se cómo reducir el riesgo de contagio de VIH</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



12. Me entregaron el resultado de una forma humana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. El (la) consejero(a) supo apoyarme emocionalmente durante el resultado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. El (la) consejero(a) me apoyó para aceptar el resultado de la prueba.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me sentí acompañado(a) durante el proceso de la aplicación de la prueba y la entrega del resultado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. ¿En su plan para reducir su riesgo, quién propuso lo que usted deberá hacer?

Yo  El (la) consejero(a)

17. ¿Cuánto le ayudó el (la) consejero(a)?

Más que suficiente  Suficiente  No lo suficiente

18. ¿Cuánto le ayudó usted al consejero(a)?

Más que suficiente  Suficiente  No lo suficiente

19. ¿Cuánto le dijo al (la) consejero(a) sobre su vida sexual y el uso de drogas?

Todo  Algo

Nada

¿Qué más le gustaría decirnos sobre su experiencia con el (la) consejero(a)?

---



---



---



---

## **GLOSARIO.**

**CAPASITS:** Centros Ambulatorios de Prevención y Atención al SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual.

**CENSIDA:** Centro Nacional de SIDA.

**CISIDAT:** Consorcio de Investigación sobre VIH-SIDA y tuberculosis.

**COESIDA:** Comité Estatal de SIDA.

**CONAPRED:** Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

**CONASIDA:** Comité Nacional para la Investigación y Control del SIDA.

**DIF:** Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia.

**ECP:** Enfoque Centrado en la Persona.

**ELISA:** Prueba para detectar anticuerpos contra el VIH. Del inglés Enzyme-Linked Immunosorbent Assay.

**IMSS:** Instituto Mexicano del Seguro Social.

**INER:** Instituto Nacional de enfermedades respiratorias.

**ISSSTE:** Instituto de Seguridad Social y Servicios de los Trabajadores del Estado.

**LESP:** Laboratorio Estatal de Salud Pública.

**LGBTTTI:** Lésbico, gay, transexual, transgénero, travesti e intersexual.

**OMS:** Organización Mundial de la Salud.

**ONUSIDA:** Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA.

**OPORTUNIDADES:** Programa federal para el desarrollo humano de la población en extrema pobreza. Brinda apoyos en educación, salud, nutrición e ingreso.

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud.

**OSC:** Organizaciones de la Sociedad Civil.

**PVV:** Personas Viviendo con VIH.

**SSA:** Secretaría de Salud.

**SSH:** Secretaría de Salud de Hidalgo.

**SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

**SUIVE:** Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica.

**UNESCO:** Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.

**VDRL:** Virus del Sífilis.

**VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

## **DIRECTORIO DE INSTITUCIONES.**

### **Academia Hidalguense de Educación y Derechos Humanos A. C. (ACADERH)**

Allende 113. Colonia centro. C. P. 42000 Pachuca, Hidalgo.

Teléfono: (01) 771 715 25 67

### **Centro Ambulatorio de Prevención y Atención del SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS).**

Fraccionamiento Luis Donaldo Colosio II s/n 3ª etapa fracción A (a un costado de la universidad virtual). Pachuca, Hidalgo.

Teléfono: 771 107 63 74 y 771 715 05 13

### **Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo (CDHEH).**

Av. Juárez s/n esquina con Iglesia. Colonia Centro. C.P. 42000 Pachuca, Hidalgo.

Teléfonos: (01)771 71 718 71 44, (01) 771 718 99 57, (01) 771 718 16 19

Fax (01) 771 718 17 19.

e-mail: [cdheh@cdhehgo.org.mx](mailto:cdheh@cdhehgo.org.mx) y [cdheh@hotmail.com](mailto:cdheh@hotmail.com)

Sitio web: [www.cdheh.org.mx](http://www.cdheh.org.mx)

### **Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED).**

Dante 14. Colonia Anzures. C. P. 11590 Delegación Miguel Hidalgo. México, D. F.

Teléfono: (01) 55 52 62 14 90

**Jurisdicción Sanitaria X:**

Calle La Lomita 1 esquina Rojo Gómez. Colonia La Lomita. C.P. 43000  
Huejutla de Reyes, Hidalgo.

Teléfono: 789 89 6 14 55 y 789 89 6 21 07.

**Laboratorio Estatal de Salud Pública de Hidalgo (LESPH)**

Blvd. Luis Donaldo Colosio s/n Col. Parque de Poblamiento. C.P. 42080  
Pachuca, Hidalgo.

Teléfono: (01) 771 716 58 17, (01) 771 716 58 14.

Fax: (01)771 716 58 14.

e-mail: [lesph@live.com](mailto:lesph@live.com) y [ellesph@hotmail.com](mailto:ellesph@hotmail.com)

**SIDATEL.**

Teléfono: 01 800 55 78 344 y (01) 771 713 35 53

**Visitaduría Regional de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Hidalgo.**

Benito Juárez s/n esquina Hilario Menéndez altos A-1 Colonia Centro. C.P.  
43000 Huejutla de Reyes, Hidalgo.

Teléfono: 789 896 29 87

e-mail: [hhernandez@cdhehgo.org.mx](mailto:hhernandez@cdhehgo.org.mx)